EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[R] A. MONPROFIT (d'Angers)

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
VICE-PRÉSIDENT DU XVIII[e] CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Avec 52 Figures dans le texte.



PARIS
INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1905

TITRES SCIENTIFIQUES

TITRES HOSPITALIERS.

Externe des Hôpitaux d'Angers, 1877.
Interne des Hôpitaux d'Angers, 1878.

Externe des Hôpitaux de Paris, 1880.
Interne des Hôpitaux de Paris, 1883 (*Deuxième de la promotion*).
Moniteur de trachéotomie à l'Hôpital Trousseau, 1887.

Chirurgien des Hôpitaux d'Angers (*Concours*), 1888.
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, 1897.

TITRES UNIVERSITAIRES.

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, 1888.

ENSEIGNEMENT

Aide d'anatomie à l'Ecole de Médecine d'Angers, 1879.
Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, 1885.
Enseignement de l'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, 1885 à 1887.

Conférences d'*Internat des Hôpitaux* de Paris, 1884 à 1888.

Chef de clinique gynécologique à l'Ecole de Médecine d'Angers, 1892.

Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine d'Angers, 1892.

Suppléant du cours de clinique gynécologique à l'Ecole de Médecine d'Angers, 1893 à 1896.

Professeur titulaire de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine d'Angers, 1898.

Enseignement de la Médecine opératoire à Angers, 1892 à 1898.

Enseignement de la Gynécologie à Angers, 1893 à 1904.

Enseignement de la clinique chirurgicale à Angers (1), 1898 à 1904.

MISSIONS SCIENTIFIQUES.

Mission scientifique du Ministère de l'Instruction publique en Suisse, Autriche, Allemagne, Belgique et Angleterre, à l'effet d'étudier l'organisation hospitalière et l'enseignement de la chirurgie dans ces pays, 1888.

RÉCOMPENSES.

Lauréat de l'Ecole de Médecine d'Angers, 1878, 1879, 1880.

Lauréat de l'Assistance publique à Paris, 1883 et 1888.

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (thèse), 1888.

Lauréat de *la Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles* [*prix Seutin, en collaboration avec* M. Marcel Baudoin, 1901].

Lauréat de l'*Académie des Sciences* (*Prix Mège*), 1903.

Lauréat de l'*Académie de Médecine* (*Prix Huguier et prix Daudet*), 1904.

(1) On trouvera, à la fin de cette brochure, la liste des *Thèses de Doctorat* inspirées par cet enseignement.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Membre correspondant de la Société anatomique de Paris, 1887.
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris, 1892.
Membre correspondant de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 1901.
Membre de l'Association française de Chirurgie, 1888.
Vice-Président du Congrès français de Chirurgie, 1905.
Membre de l'Association française d'Urologie, 1895.
Président de l'Association médicale de Maine-et-Loire, 1898.
Fondateur de la Société des Sciences médicales d'Angers, 1900.
Membre de la Société des Sciences naturelles d'Angers.
Membre de la British medical Association, 1886.
Membre de la Société de Chirurgie de Bruxelles, 1895.
Membre associé étranger de la Société de Chirurgie de Bucharest, 1900.
Membre de la Société internationale de Chirurgie, 1904.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE.

Collaboration aux *Archives provinciales de Chirurgie*, à la *Gazette médicale de Paris*, à la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, à l'*Anjou médical*, etc., etc.
Fondateur des *Archives provinciales de Chirurgie*, 1892.
Fondateur de l'*Anjou médical*, 1893.

INSTITUTIONS SCIENTIFIQUES.

Fondateur de l'*Institut international de Bibliographie scientifique de Paris*, 1898.

I. — MÉDECINE PROPREMENT DITE.

1. Endocardite ulcéreuse. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1885, 4 s., **X**, p. 43.

M. Monprofit rapporte l'histoire d'un individu, pris subitement, le 11 janvier, de céphalée, d'abattement, de fièvre, et, deux jours après, d'une douleur aiguë de l'œil, ayant fait songer à un *glaucome*. Le malade ayant succombé, on a trouvé une *endocardite ulcéreuse*, que présente l'auteur. Les lésions siègent dans le ventricule gauche, au-dessous des valvules aortiques et sur la mitrale; l'endocarde est, par places, épaissi, grisâtre, infiltré. C'est l'infiltration « diphtérique » des Allemands; il n'y a pas de végétations et pas davantage de fibrine. Du côté des centres nerveux, on a seulement constaté de la congestion; les viscères n'offraient pas d'embolie.

2. Première guérison en Anjou d'un cas de croup traité par la sérothérapie, selon la méthode de Roux [en collaboration avec le Dr Cornon]. — *Anjou méd.*, Angers, 1894, novembre, n° 1, 2-8.

Résumé de l'Observation. — Enfant de dix ans. Fausses membranes recouvrant entièrement la muqueuse de la gorge; température: 39°4; pouls: 104; toux rauque, voix étouffée, tirage épigastrique; tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. Injection de la 1re moitié d'une fiole de sérum de dix grammes environ, sous la peau du flanc droit, et de la seconde moitié dans la région antérieure de la cuisse droite. Il était 10 h. du soir.

Vers 3 heures, la respiration est plus facile; l'enfant dort paisiblement. Le matin, à 7 heures: faciès rosé, respiration moins gênée, diminution du tirage, expectoration de matières visqueuses. On constate l'existence d'une broncho-pneumonie droite. Ganglions sous-maxillaires moins douloureux pendant la journée; début de ramollissement des fausses membranes, qui deviennent plus blanches. — A 7 heures du soir, une troisième injection d'une contenance de 10 grammes est pratiquée à la partie antérieure de la cuisse gauche. — Les symptômes s'amendèrent peu à peu. Au bout de 16 jours, guérison. *L'aphonie complète avait persisté pendant 18 jours.*

Ce traitement a permis de faire trois observations importantes: 1° *Abaissement* presque immédiat *de la température*, dans le cours d'une infection, d'autant plus intense qu'elle était compliquée de bronchopneumonie; 2° *Amélioration rapide de l'état général*, donnant en

quelques heures au moribond les apparences de la santé ; 3° *Changement de coloration*, ramollissement et expulsion de fausses membranes, supprimant les difficultés de la respiration.

3. Sur la division des urines. — *Anjou méd.*, Angers, 1902, IX, 289-294, 5 *fig.* ; 1903, X, 2-4, 3 *fig.*

L'auteur présente à la *Société des Sciences médicales d'Angers* le séparateur des urines de Luys ; et, après un court historique sur les moyens employés pour reconnaître, dans certains cas, quel est le rein malade, il donne la description de cet appareil, qui, dit-il, résout la question de la division des urines dans la vessie. — Il montre ensuite un autre appareil, celui du Dr Cathelin, et insiste sur les avantages cliniques de ces innovations.

4. Une morille monstre [en collaboration avec M. Labesse]. — *Anjou méd.*, Angers, 1902, IX, 112-115, 1 *fig.*

L'auteur rappelle des cas analogues, et présente une morille, récoltée près de Baugé, qui mesure 48 centim. de hauteur, 42 centim. de circonférence dans la partie la plus large du pied, et pèse 960 grammes.

C'est la plus grande espèce de morille qu'on connaisse dans la région.

II. — CHIRURGIE GÉNÉRALE.

I. — Généralités.

5. Mission du Ministère de l'Instruction publique en Suisse, Autriche et Allemagne, afin d'étudier le fonctionnement de l'enseignement chirurgical dans ces pays (1888). — *Rapport au Ministère de l'Instruction publique sur ladite mission* (1889).

6. Sur les tractions rythmées de la langue. — *Anjou méd.*, Angers, 1894, décembre, nº 2, 26-28.

L'auteur a pratiqué plusieurs fois les tractions rythmées de la langue, et presque toujours avec des résultats favorables.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une *jeune femme*, très affaiblie par des pertes de sang abondantes, ayant succédé à une fausse couche. Infection. Curettage. Malgré tous les soins pris dans l'administration du chloroforme, il se produit une gêne de plus en plus prononcée de la respiration, et finalement de l'apnée absolue, avec irrégularité extrême des battements du cœur. Après qu'on eût employé la flagellation, la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue furent employées à leur tour. Au bout d'une heure et demie d'efforts, la malade respirait spontanément.

Le même procédé fut employé chez un *enfant*, venu en état de mort apparente. Au bout d'un quart d'heure, il se produisit une véritable résurrection.

7. Anesthésie par l'éther. — *XVᵉ Congr. de Chir.*, Paris, 1902, Proc.-verb., 291.

L'auteur a fait cinq cents anesthésies par l'éther ; et il lui a paru que le nombre des complications broncho-pulmonaires était plus considérable que par le chloroforme. Il est donc revenu à ce dernier anesthésique.

L'auteur a fait, avec son anesthésiste, M. le Dr Royer (1), qui endort tous ses malades depuis dix ans, *huit mille anesthésies*. Sur ce nombre de chloroformisations, il a eu un seul décès, au début de la série, par *syncope initiale*. Il croit qu'il est très important d'avoir, autant que possible, toujours le même anesthésiste. C'est la meilleure condition pour diminuer le nombre des accidents causés par les anesthésiques.

8. Asepsie et antisepsie opératoires [Discussion]. — *Cong. belge de Chir.*, Brux., 1902-3, Compt.-rend., 77.

L'auteur se désinfecte habituellement, comme il l'a vu faire à Bruxelles, en trempant ses mains dans l'eau chaude et le savon et en frottant énergiquement avec une brosse ; il les trempe ensuite dans l'alcool, et puis dans le sublimé. Il est partisan des expériences de contrôle, comme M. Depage l'a indiqué.

Il opère d'habitude les malades aseptiques d'abord ; puis les septiques. Quand il ne peut faire ainsi, il a soin de se désinfecter avec le permanganate de potasse et le bisulfite ; il attache une grande importance à cette pratique. Néanmoins, même avec cette précaution, il ne fait jamais de laparotomie après avoir pratiqué une opération septique.

Il n'emploie jamais le masque; et, quant aux gants, il ne s'en est servi jusqu'à présent que pour opérer des cas septiques.

Pour son matériel de suture, il n'emploie jamais le catgut, qu'il trouve délicat et difficile à préparer ; il ne se sert jamais non plus de soie, ni de fils métalliques ; il accorde sa préférence au fil de lin ou de coton, que l'on trouve chez tous les merciers.

C'est le mode idéal de suture ; ce fil est très résistant, et le devient d'autant plus qu'il a été plus longtemps bouilli. Il se désinfecte fort facilement et ne s'élimine jamais. Il emploie volontiers le crin de Florence pour les sutures superficielles.

9. Les troubles psychiques post-opératoires [Discussion]. — *Cong. des alién. et neurol. de France*, Angers, 1898, IXe sess., août 1-6.

L'auteur dit avoir peu de chose à ajouter aux communications intéressantes faites ; mais il tient à protester contre la confusion qui tend à s'établir dans la question présente. Il lui parait impossible de ranger, parmi les troubles psychiques post-opératoires, tous les délires qui peuvent être causés, soit par les anesthésiques, soit par les antiseptiques, soit par les infections. Ces troubles divers sont des complications opératoires, qui deviennent de plus en plus évitables et qu'il faut, à son sens, mettre complètement à part. Il est surtout important de le faire, pour les délires qui accompagnent les septicémies. Les malades infectés ont du délire, c'est entendu ; mais c'est la septicémie qui est en cause, et non plus le choc opératoire proprement dit. Il serait donc disposé à n'admettre, comme troubles psychiques post-opératoires, que ceux qui succèdent à une opération ne s'accompagnant d'aucune espèce d'infection.

(1) Voir, plus loin, l'analyse de la *thèse* de mon élève Royer.

Quant à la théorie attribuant les troubles psychiques qui succèdent a l'ablation des ovaires à la disparition de la sécrétion interne de ces organes, il est peu disposé à l'admettre. Ne voit-on pas une foule de malades à qui sont enlevés les ovaires et l'utérus, et qui n'ont aucun trouble ? En est-il de même pour les malades à qui sont pratiquées des opérations sur le corps thyroïde ? L'ablation d'un tel organe donne régulièrement des troubles semblables, alors que l'ablation des ovaires ne détermine des désordres, souvent fort disparates, que d'une façon très exceptionnelles de sorte qu'il est difficile, comme dans le premier cas, d'y voir une relation de cause à effet. (*Presse méd.*, Paris, 1898, VI, 2e sem., n° 65, p. 68),

II. — Installations chirurgicales.

10. La Clinique chirurgicale d'Angers. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1896, V, 161-167, 4 *fig.* — *Anjou méd.*, 1896, n° 18, 309-316, 4 *fig.*

L'auteur critique d'abord l'installation de l'Hôtel-Dieu d'Angers, au



Fig. 1. — Première salle d'opérations de la Clinique privée de M. Monprofit à Angers.

point de vue chirurgical (1), ainsi que l'installation, au même point de

(1) Cet état de choses a été amélioré (voir p. 13, n° 13).

vue, des différents établissements privés de la ville. Il rappelle les progrès effectués à l'étranger. Puis il donne des détails sur l'aménagement de l'Etablissement de Saint-Martin-la-Forêt, situé à Angers. La salle d'opérations (*Fig.* 1) et ses accessoires, laboratoires, etc., en sont minutieusement décrits. Des détails sont fournis sur leur installation, ainsi que sur le reste de l'établissement.

11. Les salles d'opérations. — *Anjou méd.*, Angers, 1896, sept., nº 23, 396-398.

L'auteur rappelle les critiques qu'il a déjà faites au sujet des salles



Fig. 2. — Salle d'opérations actuelle du service des Hommes à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

d'opérations de l'Hôtel-Dieu d'Angers (Voir nº 10), et en particulier sur la clinique de gynécologie. Il insiste sur la nécessité absolue d'apporter un remède à un si fâcheux état de choses (1).

(1) Cet état de choses n'existe plus aujourd'hui, grâce à l'administration des Hospices (Voir p. 12 et 16, nºs 12 et 14).

12. Les salles d'opérations de l'Hôtel-Dieu. — *Anjou méd.*, Angers, 1897, janv., n° 27, 475-476.

L'auteur, rappelant ses articles précédents au sujet de l'installation insuffisante de l'Hôtel-Dieu d'Angers, au point de vue des services



Fig. 3. — Laboratoire actuel de la salle d'opérations des hommes à l'Hôpital d'Angers.

chirurgicaux, annonce que l'on a satisfait à ses desiderata, et que les travaux par lui demandés ont été, sur décision de la Commission des Hospices, soumis à l'adjudication.

13. La Clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine d'Angers. [En collaboration avec M. Marcel BAUDOUIN]. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1901, 684-705, *fig.* nombreuses.

La Clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine d'Angers se trouve au grand Hôtel-Dieu. Elle comprend deux parties : le service des hommes et celui des femmes (1). Certaines salles sont parfois assez petites pour ne contenir que quelques lits : ce qui permet d'isoler des opérés. On peut, dans ce service, exécuter au moins une douzaine

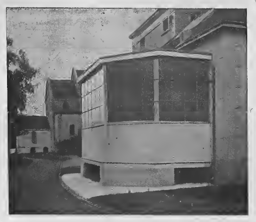


Fig. 4. — Vue extérieure de la Salle d'opérations privée actuelle de M. Monprofit.

d'opérations graves par semaine : soit environ 600 par année. Sur le registre des interventions, on relève nombre d'observations de chirurgie stomacale, entre autres, pour gastro-entérostomies, ectasie gastrique simple, cancer, gastrectomies plus ou moins étendnes, un grand nombre d'hystérectomies abdominales totales, de myomectomies, et de beaucoup d'autres opérations abdominales, etc., etc. L'anesthésie est généralement exécutée au chloroforme et confiée à un assistant ; on emploie la méthode des doses faibles et continues ; sur plus de 6.000 anesthésies, il n'y a qu'un seul cas de mort. L'auteur parle ensuite de la salle d'opérations, dont il donne une photogravure (*Fig.* 2). A cette salle

(1) Voir n° 14, p. 16.

est annexé un laboratoire (*Fig.* 3). Grâce à cette installation, les opérations les plus sérieuses sont faites avec la plus grande sécurité.

L'auteur consacre un chapitre à sa salle d'opérations privée, située à Saint-Martin-la-Forêt, qu'il a déjà en partie décrite (1); et il signale les modifications matérielles apportées à l'installation depuis 1896 : agrandissement de l'ancien pavillon, et disposition permettant à la lumière d'entrer de tous côtés, sauf par le fond (*Fig.* 4), ancienne salle débouchant dans le pavillon (*Fig.* 5) et contenant les lavabos, le matériel, les



Fig. 5. — Salle d'Opérations pour laparotomies (Clinique privée de M. Monprofit, partie sud).

réservoirs d'eau stérilisée et de liquides divers. Le chauffage est obtenu par un puissant calorifère placé dans le sous-sol. Parmi le matériel nouveau, M. Monprofit signale particulièrement la *table d'opérations à inclinaison facultative* qu'il a fait construire (2) (*Fig.* 7, 8 et 9), et le *chariot* qui sert à transporter les malades. Il les décrit, et en donne la reproduction. Dans le laboratoire (*Fig.* 6), se trouve une *batterie d'autoclaves* composée de trois pièces, disposées horizontalement sur un châssis en fer, analogue à un casier porte-bouteilles. Ils sont actionnés par une chaudière simple isolée, et ils présentent un nouveau mode de *ferme-*

(1) Voir n° 10.
(2) Voir plus loin.



Fig. 6. — Laboratoire actuel de la Salle d'Opérations privée de M. Monprofit.

ture à volonté, extrêmement pratique. La *Fig.* 7 montre l'amélioration réalisée pour l'obtention de la fermeture de ces appareils. L'auteur a

greffé sur la chaudière de ses autoclaves, à l'aide d'ajustages spéciaux, de nouveaux appareils à stériliser l'eau. De cette façon, la même machine exécute toute la besogne.

Toutes les différentes parties de cette machinerie puissante peuvent être isolées à l'aide de robinets.



Fig. 7. — Premier modèle de la Table d'opérations de M. Monprofit.

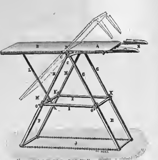


Fig. 8. — Table d'opérations pliante de M. Monprofit.



Fig. 9. — Table de M. Monprofit pliée, pour opérations en ville.

14. La nouvelle clinique chirurgicale (Service des Femmes de l'Hôtel-Dieu d'Angers [En collaboration avec M. Marcel BAUDOUIN]. — *Arch prov. de Chirurgie*, Paris, 1905, n° 1, nombreuses *fig.* — *Gaz. méd. de Paris*, 1905, janvier, nombreuses *fig*.

Description aussi complète que possible de la nouvelle Clinique chirurgicale installée dans le service des Femmes à l'Hôtel-Dieu d'Angers, accompagnée de nombreuses photographies et de figures très démonstratives.

L'auteur énumère les différentes installations qui ont été faites par l'administration des hospices pour les chambres de malades, qui sont toutes isolées les unes des autres, le laboratoire de photographie et de radiologie, la salle d'opérations, le laboratoire d'histologie, et les annexes de la salle d'opérations (appareils à stériliser l'eau et les pansements, appareils à stériliser les instruments do chirurgie, etc., etc.) (*Fig.* 10). Il

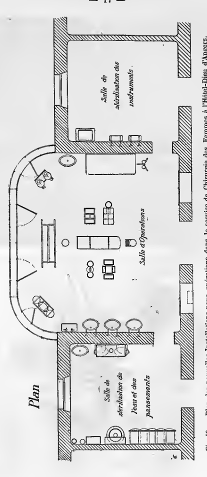


Fig. 10. — Plan des nouvelles Installations pour opérations dans le service de Chirurgie des Femmes à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

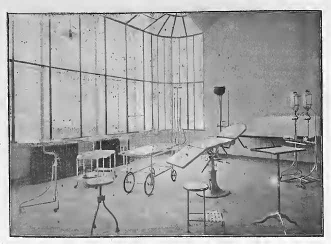


Fig. 11. — Nouvelle salle d'opérations (Service des Femmes) de l'Hôtel-Dieu d'Angers.



Fig. 12. — Nouvelle Table d'opérations a plan incliné de M. Monprofit.

faut noter aussi l'existence d'une grande salle de cours, à côté des pièces précédentes.

Cette organisation est désormais l'une des plus importantes de province, et a été menée à bien sous l'impulsion immédiate du titulaire du service, qui lui a donné son empreinte personnelle. Tous les modèles d'instruments imaginés par M. Monprofit sont rappelés à l'occasion de cette description [*Nouvelle table d'opérations* (*Fig.* 12), etc.]. Nous nous bornons à reproduire ici la vue de la salle d'opérations, qui a été exécutée d'après les indications du chirurgien (*Fig.* 11).

III. — Instruments de Chirurgie.

15. Nouvelle table d'opérations du Dr Maurice Péraire. — ***Anjou méd.***, Angers, 1896, juin, n° 40, 342-347, 5 *fig.*

Description de cette table d'opération, utile surtout pour les opérations abdominales sur l'appareil génital de la femme, table qui a le mérite d'être très simple, sans complications d'engrenages, de crémaillères, de

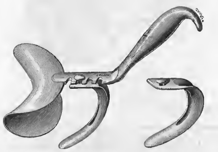


Fig. 13. — Ancienne valve pour laparotomie de M. Monprofit (1er modèle).

vis. Elle peut, d'ailleurs, être utilisée pour les interventions pratiquées sur les membres, le thorax, le cou, la face, le crâne, etc. L'auteur l'a prise surtout pour les résultats qu'elle donne dans les opérations sur ***plan incliné*** (1).

(1) Voir précédemment, pages 16 et 18, la description des tables que j'ai imaginées depuis, pour remplacer cette table (*Fig.* 7, 8 et 12).

16. Double valve abdomino-vaginale pour laparotomie. — *Ass. franç. de chir.*, Proc.-verb. [etc.], Paris, (*XI*e *Congr.*), 1897, p. 937. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1897, VI, 614-617, 3 *fig.* — *Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1897, XXIII, 405-407. — *Anjou méd.*, Angers, 1897, déc., n° 38, 680-684, 3 *fig.*

L'auteur présente le premier modèle d'un instrument composé de deux valves, s'appliquant, l'une dans la plaie de laparotomie pour lésions pelviennes, l'autre dans le vagin (*Fig.* 13).

Ces deux valves s'articulent l'une avec l'autre, au-devant du pubis et tiennent ainsi parfaitement en place, écartant largement la plaie de la



Fig. 14. — Coupe verticale schématique d'une opérée, la valve étant en place.

laparotomie, éclairant autant qu'il est possible le fond du pelvis et donnant, par suite, une grande facilité pour toutes les manœuvres que nécessitent les ablations d'annexes, l'hystérectomie abdominale totale, et la castration abdominale totale (*Fig.* 14). Il n'est plus nécessaire d'avoir un aide occupé à tenir la valve destinée à écarter la plaie, et d'autre part, le pubis maintient l'instrument en place avec beaucoup plus de constance que ne peut le faire la main d'un aide. L'aide a donc ses deux mains libres pour collaborer avec le chirurgien pour faire les ligatures, compléter l'hémostase et suturer le vagin et le péritoine au fond du petit bassin (*Presse méd.*, Paris, n° 96, nov. 18, p. 320).

Depuis l'auteur a perfectionné cette valve auto-fixatrice (1).

(1) Voir le n° 27.

17. La burette chirurgicale. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1903, XII, 384-395, 2 *fig.*

L'auteur emploie, depuis quelques années, pour irriguer et laver le



Fig. 15. — Burette chirurgicale de la Clinique d'Angers.



Fig. 16. — Manière de se servir de la Burette chirurgicale.

champ opératoire, un *vase en verre*, qu'il avait vu utiliser dans plusieurs cliniques italiennes, en particulier à Milan et à Turin. Cette sorte de burette à anse et bec recourbé existe d'ailleurs, depuis fort longtemps

sans doute, sur les catalogues de nos verriers français ; mais il ne l'a pas vue employée à l'usage chirurgical dans les salles d'opérations de notre pays. Or, cet appareil est cependant fort commode (*Fig.* 15 et 16).

L'auteur en a plusieurs, contenant du savon liquide, de l'alcool, des liquides antiseptiques, comme le bichlorure et l'oxycyanure de mercure, l'acide phénique, l'acide borique. L'aide verse successivement le savon liquide, puis l'alcool et les antiseptiques sur le champ opératoire à désinfecter, pendant que l'opérateur les étend au moyen d'une compresse de gaze stérilisée. L'intervention terminée, même manœuvre pour enlever le sang sur la plaie et autour d'elle.

18. Un rétracteur pour les amputations des membres. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1904, XIII, 420-425, 8 *fig.*

L'auteur décrit un rétracteur déjà ancien, qu'il a modifié. Ce rétracteur est formé de deux moitiés métalliques, qui peuvent s'écarter de façon à

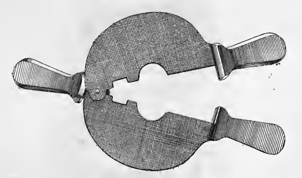


Fig. 17. — Rétracteur à lames pour amputation [Modification personnelle].

ce que le fémur se place dans l'orifice ménagé à la partie moyenne et constitué par deux échancrures pratiquées sur chaque moitié de l'appareil. En le refermant, le fémur est entouré d'un cercle métallique. Grâce à deux poignées, que M. Monprofit a fait ajouter à cet appareil, l'aide a une prise très solide, et il peut avec la plus grande facilité rétracter les parties molles. Un orifice plus petit, placé sur le côté de l'orifice principal, permet d'appliquer ce rétracteur aux amputations de la jambe et de l'avant-bras, aussi bien qu'à celles de la cuisse et de l'humérus (*Fig.* 17).

19. L'inhalateur chloroformique Vernon-Harcourt. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 13 déc. 1904, p. 103.

L'auteur présente l'appareil pour administrer le chloroforme, qui a été imaginé par le Dr Vernon-Harcourt. Les avantages de ce mode de chloroformisation sont : 1° dosage, beaucoup plus facile et plus précis que par tout autre moyen, des vapeurs chloroformiques ; 2° diminution notable de la quantité de chloroforme employé (environ 40 à 50 0/0) ; 3° *impossibilité presque absolue de pousser l'anesthésie jusqu'à la période dangereuse*; 4° anesthésie beaucoup plus complète et plus calme ; 5° diminution des efforts de toux; 6° rareté des vomissements, pendant ou après l'anesthésie. — Les inconvénients minimes, faciles à éviter, sont : 1° La durée assez longue de la période pré-anesthésique ; 2° dans quelques cas (alcooliques, adultes très robustes), légère insuffisance de la ration d'entretien, même à pleine dose. Dans ce cas, il n'y a qu'à administrer le chloroforme à la compresse, et, dès que l'anesthésie commence, substituer l'appareil jusqu'à la fin de l'opération. — Un autre avantage est qu'il serait facile de *chauffer l'air* admis pour l'entrée d'air pur; de la sorte, on rendrait sans doute moins fréquentes les complications pulmonaires inflammatoires dues aux anesthésiques. M. Monprofit a étudié un dispositif qui permettra bientôt d'atteindre ce but. — Après avoir exposé ces réflexions, l'auteur donne la description de l'appareil de Vernon-Harcourt, et en indique la technique.

20. Les écarteurs abdominaux auto-fixateurs. — *Gaz. méd. de Paris*, 1904, décembre et janvier 1905, nombreuses *fig*.

Revue générale dans laquelle l'auteur a décrit, figuré, étudié et

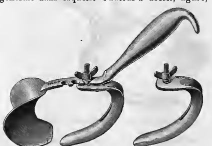


Fig. 18. — Deuxième modèle de la valve abdomino-vaginale de M. Monprofit.

classé les principaux écarteurs abdominaux auto-fixateurs, jusqu'à présent connus.

Après avoir signalé que le premier appareil de cette nature, dont on aitretrouvé la mention, a été imaginé en Angleterre, l'auteur s'est attaché à montrer, après avoir insisté sur les différents modèles qu'il a imaginés



Fig. 19. — Valve actuelle (3ᵉ modèle) de M. Monprofit (la petite valve fermée).

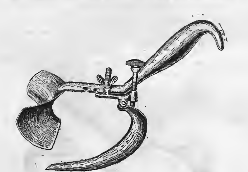


Fig. 20. — Valve actuelle (3ᵉ modèle) de M. Monprofit (la petite valve demi-fermée).

lui-même et dont il a été parlé déjà plus haut (1) (*Fig.* 13, 18, 19 et 20), que l'*écartement antéro-postérieur* est celui qui doit être recherché par tout laparotomiste, et que, par suite, les instruments qui le réalisent donnent

(1) Voir page 20.

des résultats pratiques supérieurs à ceux qui ne fournissent qu'un *écartement latéral*.

Il insiste, en outre, sur ce point que tous les chirurgiens spécialisés ont désormais recours à cet écartement antéro-postérieur, sur lequel est basée sa propre instrumentation.

Quant aux points de fixation des écarteurs, ils varient avec les différents modèles, qui sont minutieusement décrits et critiqués, comme il convient, dans ce travail où l'on trouvera plusieurs vues originales sur la technique proprement dite.

IV. — CHIRURGIE RÉGIONALE.

I. — Régions diverses.

21. Résection partielle des deux maxillaires supérieurs. — *Anjou méd.*, Angers, 1897, fév., nº 28, 489-490.

L'auteur présente à la Société de médecine d'Angers un malade sur lequel il a pratiqué la résection partielle des deux maxillaires supérieurs pour une tumeur maligne de ces os. L'intervention a été faite en deux fois, la première opération ayant été suivie de récidive six mois après. Le malade est guéri depuis un an ; et cette guérison paraît devoir se maintenir. La plus grande partie des maxillaires a été enlevée ; deux dents restent seulement de chaque côté, et les fosses nasales communiquent largement avec la bouche. Un appareil prothétique répare la large perte de substance qu'on a été obligé de faire. L'opéré, employé au chemin de fer, peut continuer sa profession de conducteur de train, et appeler à haute et intelligible voix les stations. La santé générale est absolument parfaite; et la cicatrisation de la plaie semble définitive.

22. De l'ablation des tumeurs malignes adhérentes aux gros vaisseaux du cou. — *Anjou méd.*, Angers, 1902, IX, 181-184.

L'auteur indique les temps successifs que doit présenter l'ablation de ces tumeurs : 1° dissection du sterno-mastoïdien ; 2° dissection de la tumeur en dedans, et conduite à tenir selon que la carotide et le pneumogastrique sont contigus ou adhérents à la tumeur, ainsi que la veine jugulaire, qu'il faut sectionner entre deux pinces, pour éviter l'hémorragie et la pénétration possible de l'air dans les veines. Il fait remarquer que l'avenir des malades chez lesquels on a été obligé de réséquer la carotide et le pneumogastrique est généralement peu satisfaisant.

II. — Chirurgie de l'abdomen.

A. — *Généralités.*

23. Etranglement interne par bride ; laparotomie ; guérison. — *Cong. franc. de Chir.*, Proc.-verb. [etc.], Paris, 1891, V, 531-537. — *Rev. de Chir.*, Paris, 1891, XI, 405.

L'auteur présente au Congrès l'observation d'un jeune homme de 20 ans qui, après avoir éprouvé, au mois d'août 1890, des accidents de péritonite aiguë, fut pris, deux mois après, d'étranglement interne. M. le Dr. Enon (d'Argenton-l'Eglise), qui soignait ce malade, sans recourir aux moyens habituellement employés en pareil cas, purgatifs, etc., etc., appela l'auteur à donner son avis au point de vue chirurgical. Le diagnostic porté fut celui d'étranglement interne, causé par une bride péritonéale. La laparotomie fut décidée et pratiquée quatre jours après le début des accidents. L'opération fut faite en pleine campagne, dans une chambre de ferme, et sans aide d'aucune sorte. L'auteur trouva, après quelques recherches, une bride, qui était telle que le passage des matières était absolument impossible. Au-dessus, l'intestin était distendu et rempli de liquide ; au-dessous de la bride, il était vide et revenu sur lui-même. La bride fut sectionnée, et l'intestin rentré dans le ventre. Le cours des matières se rétablit dans la soirée et la guérison était complète au bout de huit jours. Le malade se levait au bout de ce temps, et a toujours joui, depuis lors, d'une excellente santé. Aucune médication n'avait précédé l'intervention chirurgicale ; et celle-ci a été faite assez tôt pour que le malade pût la supporter facilement (*Sem. méd.*, Paris, 1891, XI, p. 128).

24. De l'anus artificiel et de l'anastomose intestinale dans le traitement de certaines occlusions. — *XVeme Cong. de Chir.*, Paris, 1902, Proc.-verb., 638-643.

Dans un cas d'occlusion intestinale aiguë, M. Monprofit a pratiqué d'abord, faute de mieux, une fistule stercorale sous-ombilicale, qui a mis fin aux accidents aigus d'occlusion et a sauvé le malade ; puis, ultérieurement, pour rétablir le cours normal des matières, il a établi une anastomose de l'intestin grêle, au-dessus de l'obstacle, avec le côlon ascendant, et a supprimé l'anus artificiel devenu sans utilité. Dans ce cas particulier, l'obstacle direct au passage des matières était constitué par des adhérences intestinales très étendues et ne pouvait être levé.

L'auteur recommande donc, en pareil cas, la création d'une fistule stercorale, opération facile à faire rapidement, et qui fera courir moins de risques au malade qu'une recherche longue et difficile d'un obstacle parfois impossible à trouver ou à lever. Plus tard on fera disparaître la fistule stercorale, si elle ne s'oblitère pas d'elle-même, par une anastomose intestino-intestinale placée en un endroit convenable, selon le siège de l'obstacle (*Rev. de Chir.*, Paris, 1902, XXVI, 659).

25. De l'anus artificiel et de l'anastomose intestinale dans le traitement de certaines occlusions. — *Anjou méd.*, Angers, 1903, X, 38-43.

Souvent, dans un cas d'occlusion intestinale, l'obstacle au cours des matières n'est pas net; il existe des adhérences intestinales étendues ; on ne peut arriver sur la cause qui s'oppose au cours des matières. On peut alors recourir à deux manières de procéder. On peut établir une *entéro-anastomose* entre deux points de l'intestin situés l'un en amont, l'autre en aval de l'obstacle ; ou bien on est forcé de recourir à *l'anus artificiel* ou *fistule stercorale*. Après cette dernière opération, la guérison peut, au bout de quelques jours, se faire complète ; ou bien on est obligé de pratiquer une nouvelle laparotomie, en quelque sorte à froid ; ce qui permet de lever l'obstacle au cours des matières, ou de faire une nouvelle anastomose qui détournera le courant intestinal du segment porteur de la fistule et tarira cette dernière. M. Monprofit rapporte l'observation d'un homme atteint d'occlusion intestinale, chez lequel il établit une fistule stercorale, puis, trois mois après, une anastomose entre l'anse située au-dessus de la fistule et de la partie terminale de l'iléon. Trois mois après, dernière intervention, laparotomie latérale, et anastomose de l'anse fixée lors de la première intervention avec la partie terminale de l'iléon près du cæcum. Enfin, au bout de quatre mois, 3e intervention : *jéjunocolostomie*, oblitération de la fistule, et fermeture complète de l'abdomen. Guérison. — Dans les cas où le malade ne peut pas supporter une longue intervention, cas qui sont surtout ceux d'occlusion par paralysie inflammatoire, la *fistule stercorale primitive*, puis *l'entéro-anastomose secondaire*, quand la guérison spontanée ne survient pas, peuvent procurer une précieuse ressource.

26. Traitement des hernies gangrenées. — *XIIe Congr. franc. de Chir.*, Paris, 1898, oct., 17-24, Proc.-verb., 403-405; *Anjou méd.*, 1899, V, 1-3.

Le traitement des hernies gangrenées ne doit pas être le même dans tous les cas qui peuvent se présenter en clinique. La résection de l'anse gangrénée et la suture des deux bouts est applicable surtout dans les hernies qui ne s'accompagnent encore ni d'un état général très grave, ni d'une réaction inflammatoire très étendue des enveloppes de la hernie

et des parois abdominales. Lorsque ces conditions sont réunies, la résection immédiate suivie de suture intestinale donne les meilleurs résultats. Au contraire, si les accidents d'étranglement persistent déjà depuis quelques jours et qu'on se trouve en face d'un véritable phlegmon stercoral avec réaction plus ou moins intense de la paroi abdominale, le mieux est d'inciser largement, afin de parer aux accidents les plus pressants, et de ne pas tenter la résection dans de mauvaises conditions. Lorsque les phénomènes inflammatoires seront tombés et que l'anus contre-nature se sera constitué, la cure radicale par résection et suture des deux bouts se fera avec les plus grandes chances de succès. A l'appui de ces considérations, l'auteur cite deux faits. Le premier a trait à une femme atteinte d'accidents d'étranglement depuis moins de vingt-quatre heures, et qui subit probablement des tentatives répétées de taxis forcé par un empirique. Il trouva, sous une paroi saine en apparence, une anse gangrenée, longue de 50 centimètres. Il en fit la résection et pratiqua l'anastomose latérale après fermeture des deux bouts; au bout de huit jours la malade était guérie sans incident. — Le second se rapporte à une malade atteinte d'une volumineuse hernie ombilicale étranglée depuis plusieurs jours, avec phlegmon étendu de la paroi et gangrène de l'intestin. L'auteur fit des incisions multiples, afin de désinfecter la région et il établit un anus artificiel. La malade revint à la vie ; et, un mois plus tard, il pratiqua l'ablation de l'anus ombilical, la résection des deux bouts, et la suture intestinale ; dans ce cas particulier, le bout supérieur étant volumineux et le bout inférieur très atrophié, il fit l'implantation latérale du bout inférieur dans le bout supérieur, après fermeture terminale de ce dernier. La guérison fut complète et définitive. (*Presse méd.*, Paris, 1898, oct, 29, n° 89, 260-261).

B. — *Chirurgie de l'Estomac.*

27. Chirurgie de l'estomac et de l'intestin. — *Anjou méd.,* Angers, 1898, V, avril, n° 4, 94-97.

Il n'est pas permis aujourd'hui de mettre l'étiquette *incurable* sur un malade atteint de troubles gastriques, si l'exploration ou l'intervention chirurgicale n'a pas été tentée. Le diagnostic même est sujet à caution et peut être discuté, tant que l'incision n'a pas permis l'exploration directe. Dans cette question, il y a deux points à envisager : les *ablations de tumeur* et les *anastomoses*. Les ablations de tumeur de l'estomac s'imposent ; il faut intervenir surtout au début. La *gastro-entérostomie* est la meilleure des opérations palliatives. Quant aux *anastomoses* de l'intestin et de l'estomac, ce sont en général des anastomoses *gastro-jéjunales*. Dans le cas de contracture pylorique, la gastro-entérostomie demeure une intervention radicale et curative au premier chef. — L'auteur donne la statistique fournie par divers opérateurs, et fait le résumé d'une de ses dernières interventions.

28. Chirurgie de l'estomac. — *Anjou méd.*, Angers, 1898, V, 120-126.

M. Monprofit présente, à la *Société de Médecine* d'Angers, une série de malades ayant subi la gastro-entérostomie pour des affections variées; et il en résume les observations. Les malades se divisent en deux groupes : les *cancéreux* ; les *gastrites chroniques*. Les premiers étaient dans des conditions qui ne permettaient pas de les faire bénéficier d'une opération palliative. Un d'eux, qui était atteint d'anorexie, peut manger actuellement. L'auteur est d'avis : 1° d'intervenir chez tout malade atteint de *troubles chroniques de l'estomac* ayant résisté au traitement médical ; 2° de faire l'ablation du néoplasme, si elle est *pratiquement et utilement* possible ; 3° chez les cancéreux inopérables, de faire l'abouchement jéjunal aussitôt que possible, que les *vomissements aient ou non fait leur apparition*. La gastro-entérostomie produit les meilleurs résultats dans les cas de gastrite chronique, avec intolérance pour certains aliments, stase et fermentation gastriques. — Au point de vue opératoire, M. Monprofit a employé tous les procédés : gastro-entérostomie antérieure par le procédé de Wœlfler ; méthode postérieure de von Hacker ; procédé en Y de Roux (de Lausanne). Il conclut qu'il faut, autant que possible, connaître tous les procédés. Il conseille le procédé de von Hacker pour les cancéreux affaiblis avec paroi antérieure mauvaise ; celui de Wœlfler pour les cancéreux avec paroi postérieure envahie. Chez les *gastritiques* encore résistants, le procédé de Roux peut être employé avec avantage. — M. Monprofit termine en disant qu'il continue à préférer la *suture* aux *boutons* pour anastomoser l'estomac et l'intestin.

29. Chirurgie de l'estomac. — *Anjou méd.*, Angers, 1900, VII, 267-276.

L'auteur emploie, chez les malades atteints d'ulcère de l'estomac, qui ne peuvent guérir par le traitement médical, la *gastro-entérostomie*, variété *gastro-entérostomie postérieure* par le procédé de von Hacker ou par celui de Roux. Il n'a recours à la gastro-entérostomie antérieure que par nécessité, car, souvent, les premiers temps de cette opération sont pénibles, si les résultats éloignés sont, parfois, plus favorables. A l'appui de son opinion, M. Monprofit publie deux observations. Chez un homme de 56 ans, atteint d'ancienne gastrite éthylique avec ulcère, il pratique la gastro-entérostomie antérieure ; après l'opération, il y a des améliorations successives et des rechutes ; et ce n'est qu'en juillet 1900, un an et demi après l'intervention, que l'on peut considérer la guérison comme effective. — La même opération est faite chez une femme de 41 ans, atteinte d'ulcère de l'estomac avec syndrôme pylorique. 2 ans 1/2 après, l'état de la malade est beaucoup amélioré ; mais il y a encore des périodes peu satisfaisantes : ce qui doit être attribué au procédé de Wœlfler, dans lequel la nouvelle bouche ne fonctionne pas immédiatement d'une façon aussi parfaite que dans les gastro-entérostomies postérieures.

30. Gastrectomie et gastro-entérostomie. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1898, n. s., XXIV, 282-288.

Récemment l'auteur a eu l'occasion de pratiquer l'ablation d'une volumineuse tumeur de l'estomac, occupant environ le tiers de ce viscère. Après en avoir réséqué la partie malade et sectionné le duodénum, il a craint de ne pouvoir rapprocher les organes qu'au prix de tractions trop fortes pour pouvoir espérer une bonne réunion. Il a fermé l'estomac par deux surjets, et obturé de même le duodénum ; ensuite, il a recherché le jéjunum et il l'a sectionné en travers, à l'exemple de Roux (de Lausanne); puis il a fait, selon ce procédé, une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure en Y. Il a obtenu de la sorte un résultat très satisfaisant ; le seul inconvénient relatif est la longueur de l'intervention. Cependant, bien que sa malade ait été deux heures sous le chloroforme, elle a supporté très facilement l'opération. Les suites ont été auss simples que possible. Il n'a à signaler qu'une faim extraordinaire, qui a poussé son opérée à prendre des aliments en abondance dès les prei miers jours. Il ne s'y est d'ailleurs opposé en aucune façon ; et aujourd'hu - c'est-à-dire 15 jours après l'intervention, la malade est en très bon étai. mange comme toutes les autres femmes du service, et a déjà repris ut, embonpoint notable. L'auteur déclare que, après avoir eu recours, d'unn façon presque exclusive, à la gastro-entérostomie dans le traitement dee néoplasmes gastriques et pyloriques, il est absolument décidé à pratis quer la gastrectomie toutes les fois qu'elle sera possible. Lorsque la gastrectomie est peu étendue, il est d'avis de réunir directement le duodénum à l'estomac, comme il l'a fait dans une pylorectomie pour sténose cicatricielle. Mais, si la portion d'estomac enlevée est considérable, le meilleur, à son sens, est d'exécuter la gastro-jéjunostomie. Quant au procédé de gastro-entérostomie, l'auteur donne de beaucoup la préférence à celui de Roux, qui débarrassera, il l'espère, du retour de la bile dans l'estomac, si fâcheux dans les autres méthodes. Bien entendu, il emploie toujours les sutures en surjet à la soie, à l'exclusion de toutes les variétés de bouton et il n'a eu jusqu'ici qu'à s'en louer. (*Semaine méd.*, Paris, 1898, mars 19, n° 15, 124).

31. La gastro-entérostomie par les sutures. — *XIIe Congr. de Chir.*, Paris, 1898, Proc.-verb., 316-318.

L'auteur donne le résultat de 19 gastro-entérostomies qu'il a pratiquées; 14 l'ont été pour cancer et ont donné 2 morts dans les premières 24 heures après l'intervention, sans que l'autopsie fît reconnaître aucune complication opératoire. Sur les 12 opérés ayant survécu, 10 ont retiré un bénéfice notable de l'intervention; les vomissements ont disparu, l'embonpoint est revenu, et la santé générale a été améliorée pendant un temps variable. 2 malades ont continué à vomir et n'ont retiré aucun bénéfice appréciable de l'opération. D'autre part, l'auteur a fait 5 gastro-entérostomies pour gastrite chronique ; ces 5 malades ont bien supporté

l'intervention, et tous les 5 ont vu disparaître les troubles gastriques pour lesquels ils ont été opérés. Au point de vue des procédés opératoires employés, M. Monprofit a pratiqué successivement la gastro-entérostomie antérieure d'après Wœlfler, la gastro-entérostomie de von Hacker, et le procédé en Y de Roux (de Lausanne). En laissant de côté les 2 malades qui ont succombé, l'on trouve, au point de vue fonctionnement de la gastro-entéro-anastomose, selon le procédé employé, les résultats suivants : Procédé de Wœlfler, 9 opérations ; 5 résultats parfaits, 2 satisfaisants et 2 mauvais ; procédé de von Hacker, 6 opérations, 5 résultats excellents, 1 assez bon ; procédé de Roux, 2 opérations, l'une pour gastrite chronique, l'autre après gastrectomie, 2 résultats parfaits. L'auteur est donc d'accord avec la plupart des opérateurs pour pratiquer l'anastomose postérieure, soit latérale, soit en Y, toutes les fois que cela est possible, et pour ne faire désormais l'anastomose antérieure que dans les cas rares où elle est seule praticable. L'auteur fait la gastro-entérostomie exclusivement au moyen de sutures au fil de soie, et il n'a jamais éprouvé le moindre ennui de ce chef. Aussi, sans vouloir porter un jugement définitif sur les procédés d'abouchement au moyen des sutures ou des boutons qui sont employés par beaucoup de chirurgiens des plus autorisés, l'auteur croit que la plus grande partie de la chirurgie gastro-intestinale peut se faire avec l'aiguille ordinaire et le fil de soie fine.

32. Gastrectomie et gastro-entérostomie. — *XIIIe Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1899, Proc.-verb., 386-389. — *Anjou méd.*, Angers, 1900, VII, 1-4.

L'auteur estime que l'on peut procurer aux malades des guérisons et des améliorations dans un grand nombre de cas traités d'une façon vaine par la médecine. Il cite l'exemple d'une malade atteinte d'une tumeur cancéreuse de la région pylorique, à laquelle il pratiqua une gastro-entérostomie d'urgence, et qui se rétablit, reprit l'alimentation ordinaire ; l'embonpoint et les forces reparurent. Il a pratiqué 11 résections plus ou moins étendues du pylore, et de la région pyloro-gastrique ; il a eu 8 guérisons et 3 morts opératoires. Pour la gastro entérostomie dans le cancer, il relève 24 interventions avec 3 morts : dans 5 gastro-entérostomies pour affections non-cancéreuses de l'estomac, il y a eu 5 guérisons avec excellents résultats éloignés. M. Monprofit n'emploie la gastro-entérostomie antérieure que lorsqu'il ne trouve pas du tout de paroi saine en arrière. *Jamais, pour pratiquer l'anastomose, il n'a recours au bouton* ; il se sert de l'aiguille de couturière et de la soie fine. Il conclut la première partie de ces remarques en disant qu'il faut opérer le plus tôt possible dans les affections de l'estomac rebelles à la thérapeutique médicale. *Si on constate une tumeur, il ne faut pas même recourir aux moyens médicaux*, mais intervenir chirurgicalement le plus tôt possible. S'il s'agit de gens affaiblis, porteurs de tumeurs adhérentes et étendues, il vaut mieux s'abstenir d'interventions radicales, et recourir aux anastomoses.

33. Gastro-entérostomie. — *XIIIe Cong. internat. de Méd., Sect. de Chir. gén.*, 1900, Paris, 1901, compt. rend., 755-767. — *Arch. prov. de Chir.*, 1900, IX, 717.

La gastro-entérostomie, employée tout d'abord uniquement contre les tumeurs inopérables du pylore, peut être employée aussi comme palliatif dans les tumeurs malignes de l'*estomac*, qui n'intéressent pas le pylore. Ces malades sont soulagés et obtiennent aussi une survie. La gastro-entérostomie et la gastrectomie ne doivent pas être opposées l'une à l'autre; mais on doit plutôt s'appliquer à bien déterminer les limites où elles s'arrêtent l'une et l'autre. On a aujourd'hui moins de tendance à enlever, au prix de délabrements considérables, les tumeurs volumineuses, étendues et adhérentes. Ces cas bénéficient beaucoup plus de la gastro-entérostomie. Au contraire, les tumeurs limitées, petites et mobiles, du pylore sont enlevées avec d'excellents résultats. Les procédés successivement employés par l'auteur ont été celui de la gastro-entérostomie antérieure de Wœlfler, qui ne donne pas toujours de bons résultats ; puis ceux, qui sont les plus employés, de von Hacker et de Roux. Les procédés d'affrontement par le bouton de Murphy ou selon la la pratique de Souligoux ont leurs partisans; l'auteur a toujours employé les sutures, qui lui donnent les meilleurs résultats. Il ne fait pas de coprostase ; il se contente de protéger avec beaucoup de soin la cavité abdominale. Lorsque l'estomac est très distendu par des liquides, il le vide au moyen d'un tube en caoutchouc introduit par une ponction faite à la muqueuse avant son incision complète. Suivant l'exemple de Roux, il alimente ses malades aussitôt que possible et il leur donne d'abord des liquides, puis des aliments solides dès les premiers jours.

34. Résultats fonctionnels des différents procédés de gastro-entérostomie. — *XVe Congr. de Chir.*, Paris, 1902, Proc.-verb., 433-434.

Sur 101 cas de gastro-entérostomie, l'auteur a pratiqué : 15 gastro-entérostomies antérieures par le procédé de Wœlfler, 73 gastro-entérostomies postérieures par le procédé de von Hacker, 13 gastro-entérostomies par le procédé en Y de Roux (de Lausanne). Les gastro-entérostomies antérieures ont été faites au début de la série ou lorsque les conditions anatomiques des tumeurs ne permettaient en aucune façon de recourir à un procédé postérieur. Le fonctionnement a été beaucoup plus défectueux que dans les deux autres procédés. Le fonctionnement des anastomoses gastro-jéjunales faites soit par le procédé de von Hacker, soit par celui en Y de Roux, a été sensiblement comparable, bien que celui de Roux se montre plus constamment parfait et irréprochable. Comme la difficulté et la durée de l'opération de Roux sont un peu plus grandes, chez les malades cancéreux très affaiblis, il emploie de préférence le procédé de von Hacker ; au contraire, dans les

affections bénignes de l'estomac, il emploie plus volontiers le procédé de Roux. La durée de l'opération par le procédé de Roux a été en moyenne de 50 à 60 minutes. La durée de l'exécution du procédé de von Hacker n'a jamais dépassé une demi-heure ; elle a pu, dans un certain nombre de cas, et dans les circonstances les plus favorables, être abaissée jusqu'à vingt minutes. La suture au fil de lin a été employée à l'exclusion de tout autre mode de réunion. Les boutons n'ont jamais été utilisés (*Rev. de Chir.*, Paris, 1902, XXVI, 651-652).

35. La Gastro-entérostomie est-elle légitime chez les cancéreux? — *Gazette médicale de Paris*, 1903, p. 309-310.

L'auteur, dans cet article, répond à la question de M. le Dr Ernest Maylard (de Glasgow) (*Brit. med. J.* du 4 juillet 1903). « L'atténuation *temporaire* des symptômes est-elle à elle seule une justification de la gastro-jéjunostomie ? » Tout en admettant que la formule de Roux, « *La seule contre-indication de la gastro-entérostomie, c'est la mort* », est peut-être un peu trop absolue, M. Monprofit demande si on a plus le droit de refuser la gastro-entérostomie à un moribond que de lui refuser un moyen de soulager ses douleurs ou de prolonger sa vie un instant ? Or, la gastro-entérostomie agit aussi rapidement qu'un médicament, et avec beaucoup plus de rapidité. Les vomissements cessent; l'alimentation devient possible. Il faut compter aussi avec les erreurs de diagnostic ; tel malade cachectique et mourant, avec tumeur, n'est pas autre chose qu'un *ulcéreux*, qui aura une guérison indéfinie; faut-il lui refuser la chance de guérir, parce qu'il ressemble à un cancéreux cachectique? Dans ce cas, l'abstention sera un véritable malheur. Pour les cancéreux cachectiques et *authentiques*, s'il y a des malades qui ne survivent pas plus de deux ou trois mois, il en est qui vont beaucoup plus longtemps. C'est ainsi qu'une malade opérée par l'auteur a survécu *deux ans et demi,* sans symptômes pénibles, s'alimentant avec le plus grand plaisir, vivant de la vie de tous. La gastro-entérostomie, comme tous les moyens qui sont entre nos mains, est *un remède, qui ne guérit pas toujours,* mais qui *soulage* et qui *console* le plus souvent. N'a-t-on pas recours, chez les cancéreux, à la morphine? Pourquoi, alors, ne pas recourir à une intervention qui peut prolonger la vie, et calmer les souffrances ?

36. De la Gastro-entérostomie antérieure en Y. — *Arch. prov. de Chirurgie*, 1903, p. 457, 466, 3 *fig.*

Dans certains cas, l'abouchement à la face postérieure de l'estomac est difficile, laborieuse, ou impossible. Dans ces conditions, on est obligé d'en revenir à l'abouchement sur la face antérieure de l'estomac. L'auteur a employé longtemps, dans des cas semblables, *l'abouchement par accolement latéral*, procédé qui lui a donné de bons et de mauvais résultats. M. Monprofit fait l'historique de la gastro-entérostomie antérieure,

et il cite plusieurs observations; ensuite il décrit le manuel opératoire, et il insiste sur son procédé (*Fig.* 21). Dans les quatre opérations qu'il a pratiquées, il a eu des résultats immédiats parfaits, chez des malades cancéreux, cachectiques, qui ont pu s'alimenter immédiatement sans régurgitation, ni retour bilieux quelconque.

37. Sur une nouvelle série de gastro-entérostomies. — *Gaz. méd. de Paris,* 1903, 12e s., III, p. 361.

Le total des gastro-entérostomies pratiquées par l'auteur était alors de 151. Il présente quelques considérations sur ses 50 dernières opérations. Il a opéré 24 fois pour cancer et 26 fois pour lésion bénigne. Ces derniers cas comprennent des accidents hémorra-

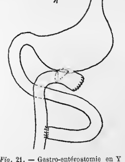


Fig. 21. — Gastro-entérostomie en Y antérieure avec abouchement latéral pour l'anastomose stomacale (Procédé du Pr Monprofit).

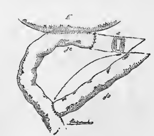


Fig. 22. — Transformation d'une gastro-entérostomie par abouchement latéral en G. E. par implantation (2e temps) (1er *procédé*).

giques, des cas aigus avec syndrôme pylorique, dilatation stomacale, et estomac biloculaire (2 cas). Les procédés employés par l'auteur dans cette série de 50 cas ont été les suivants: Procédé en Y antérieur, 3; procédé de Wœlfler avec entéro-anastomose, 1; von Hacker transformé en Y de Roux, 3; procédé en Y postérieur 43. Deux cancéreux sont morts, l'un de congestion pulmonaire, l'autre de cachexie. Un malade atteint de gastrite chronique est mort de rupture d'un ané-

vrysme de l'aorte dans le poumon droit. — Il croit que la gastro-entérostomie pratiquée par le procédé des sutures selon la méthode de Roux est le procédé de choix et que cette opération se pratiquera de plus en plus fréquemment dans les gastrites chroniques.

38. De la transformation d'une gastro-entérostomie par anastomose latérale en gastro-entérostomie en Y. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1903, XII, 649-662, *4 fig.*

L'auteur, dans deux cas de gastro-entérostomie de von Hacker, chez lesquels au bout de quelque temps les fonctions gastriques avaient présenté certains troubles attribuables sans doute à quelques défectuosités dans le jeu du nouveau pylore, a songé à transformer l'anastomose latérale en une anastomose en Y, celle-ci donnant toujours des résultats irréprochables. Pour arriver à ce but, il a procédé différemment dans les deux cas. — Dans le *premier procédé*, l'opération fut conduite de la façon suivante. Premier temps : Section, entre deux pinces, de la branche afférente de l'anastomose en amont de celle-ci; section du



Fig. 23. — Transformation d'une gastro-entérostomie par abouchement latéral en G. E. par implantation (2e procédé) (1er temps).

Fig. 24. — Gastro-entérostomie par abouchement latéral, transformé en Y (2e procédé) (2e temps).

mésentère et hémostase. Deuxième temps : Fermeture attenant à l'anastomose. Troisième temps : Implantation du bout supérieur jéjuno-duodénal sur le jéjunum, au-dessous de la gastro-entérostomie. Ainsi se trouve réalisé, secondairement, une anastomose en Y (*Fig.* 22). *Deuxième procédé.* — Chez cet opéré, la branche afférente de l'anastomose était un

peu courte, et il y avait quelque difficulté à l'abaisser pour l'implanter sur le jéjunum ; l'auteur y est cependant arrivé avec assez de peine. Il a pensé que, s'il se trouvait dans les mêmes conditions, il procéderait de la façon suivante. Premier temps : Section du jéjunum *au-dessous* de l'anastomose. Deuxième temps : Implantation du bout jéjunal inférieur, sur l'*anse afférente*; ce qui n'offrirait aucune difficulté, le jéjunum étant mobilisable autant qu'il est possible *au-dessous* de l'anastomose. Troisième temps : Implantation jéjuno-jéjunale de la section supérieure sur le bout inférieur (*Fig.* 23 et 24). A vrai dire, on aurait alors une combinaison représentant plutôt un O ou un D qu'un Y ; mais la forme importe peu, et un abouchement latéral ainsi transformé fonctionnerait bien *comme un Y* : ce qui est l'essentiel. — Chez les deux opérés, les légers accidents qui avaient conduit M. Monprofit à les opérer une seconde fois et à transformer leur anastomose latérale en Y de Roux ont parfaitement guéri, et le fonctionnement de leur gastro-entérostomie est devenu parfait (*Presse méd.*, Paris, 1903, II, 498).

39. La Gastro-entérostomie. Histoire générale. Méthodes opératoires. Les cent cinquante premières opérations de la Clinique chirurgicale d'Angers. — Inst. de Bibl. scient., Paris, 1903, in-8, 376 p., 300 *fig.*

Ce grand ouvrage comprend l'histoire, *absolument complète*, jusqu'à fin 1903, de l'opération nouvelle, connue sous le nom de Gastro-entérostomie, qui consiste dans l'abouchement de l'estomac à l'intestin grêle.

Cette intervention a eu un tel succès qu'à peine âgée de vingt-cinq ans, elle a déjà acquis l'une des premières places dans la médecine opératoire moderne, car elle donne des résultats merveilleux dans tous les cas où elle est nettement indiquée.

M. le P[r] Monprofit, dans ce volume, après en avoir ébauché l'historique, année par année, en a donné le manuel opératoire complet, sans oublier le moindre procédé. Il a, bien entendu, tout particulièrement insisté sur ceux qu'on emploie journellement et a donné de toutes ces méthodes de très nombreux schémas, qui illustrent très efficacement un texte rédigé avec précision.

Mais ce livre n'est pas seulement une étude didactique sur cette opération ; c'est l'exposé clinique des cas opérés depuis plusieurs années par le chirurgien d'Angers lui-même, cas qui atteignaient le chiffre de 150 dès juillet 1903, époque où fut commencée l'impression. Et on peut dire que c'est là un véritable tour de force opératoire et clinique que d'arriver à un tel total en province, et en si peu de temps.

C'est dire que M. Monprofit n'a pas écrit une ligne sans avoir pour guide l'une des nombreuses interventions de sa pratique ; et c'est ce qui fait la valeur considérable et unique d'un tel travail, où l'originalité apparaît à chaque pas. On s'en rendra d'ailleurs facilement compte, en parcourant les chapitres consacrés aux méthodes opératoires person-

nelles à l'auteur et aux procédés spéciaux qu'il a imaginés pour de nombreux cas particuliers. » (*Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1904, XIII, n° 2, 126-127).

40. La Gastro-entérostomie [*Rev. gén.*]. — *Anjou méd.*, Angers, 1904, XI, 65-68.

C'est la préface de son ouvrage sur cette opération (1). L'auteur constate que la chirurgie de l'estomac a fait les plus grands progrès et pris la plus grande extension. On peut dire que les affections chroniques de cet organe sont toutes chirurgicales. Les débuts de la chirurgie stomacale ont été des plus pénibles, car on n'avait à soigner que des cancéreux moribonds. Aujourd'hui, le nombre des cancéreux va diminuant, celui des ulcéreux va augmentant. M. Monprofit a choisi comme l'un des premiers sujets d'étude l'opération la plus merveilleuse, celle que l'on pratique pour ainsi dire journellement : la gastro-entérostomie. Ses résultats sont incomparables et sa bénignité est telle qu'on ne peut la comparer qu'à une opération de chirurgie courante. — L'auteur est resté *suturiste convaincu* et *anti-boutonniste* déterminé ; il est partisan résolu des procédés en Y.

41. De la Gastro-entérostomie. — *Ann. méd.-chir. du Centre*, Tours, 1904, IV, 103-104.

Dans cette étude, l'auteur a cru utile de revenir sur un certain nombre de points déjà détaillés dans son ouvrage sur la Gastro-entérostomie, mais qui sont de la plus haute importance au point de vue de la pratique, en particulier dans tous les cas chroniques de *cicatrices ulcéreuses de l'estomac*. L'auteur est pour les abouchements par implantation, dérivés de celui de Roux (de Lausanne); et il se trouve bien de les pratiquer par la suture.

42. De la Gastro-entérostomie. — *Anjou méd.*, Angers, 1904, X, 97-101.

La gastro-entérostomie est devenue une opération de moins en moins grave. Elle est comparable à une simple, facile et bénigne cure radicale de hernie. C'est une opération courante, dont la mortalité *propre* est, désormais, absolument nulle. Dans les affections cancéreuses de l'estomac, même dans les dernières phases de la maladie, elle soulage et prolonge la vie des malades. Dans les affections non-cancé-

(1) Voir, plus haut, n° 39.

reuses de l'estomac, elle est héroïque. Il faut aussi tenir compte que beaucoup de sujets considérés comme des cancéreux incurables ne sont pas du tout cancéreux. M. Monprofit préconise, comme procédé opératoire, les abouchements par *implantation*.

43. La Gastro-entérostomie pour estomac biloculaire. — *Anjou méd.*, Angers, 1904, XI, 129-135.

L'auteur rappelle les interventions auxquelles on a eu recours, contre l'estomac en bissac, et donne une observation personnelle de gastro-entérostomie postérieure chez un homme porteur d'un estomac dilaté et bilobé ; le malade guérit, et une autre observation d'une femme, qui elle aussi, guérit complètement.

Ensuite, il fait connaître le procédé de Clément (de Fribourg, Suisse), qu'il discute ; et propose, que, dans des cas semblables, on ait recours à une véritable gastro-entérostomie en *Y double* par implantation.

44. La Gastro-entérostomie (Historique et procédés) [*Rev. gén.*]. — *Gaz. méd. de Paris*, 1904, 130, IV, 73-75 et 85-87.

Il s'agit là d'un *extrait résumé* du début de l'ouvrage consacré à cette opération. L'auteur commence par donner une définition de cette opération, qui a pour but d'assurer le passage direct du contenu stomacal dans la portion intestinale anastomosée à l'aide d'un *orifice de nouvelle formation*, qu'on peut faire de dimensions voulues. Après quelques mots consacrés à une vue d'ensemble, aux variétés, à l'étymologie, à la synonymie, M. Monprofit traite l'historique de la question, année par année depuis 1881, et en fait l'*histoire locale* (Autriche, Italie, Etats-Unis et Angleterre, Australie, Suisse et France). Il termine par un tableau des procédés de gastro-entérostomie.

45. Résection du pylore pour sténose cicatricielle. — *Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1897, déc. 21, 3, s., XXXVIII, 692. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1898, VII, 50-54. — *Anjou méd.*, 1898, V, 33-39.

L'auteur rapporte une observation de résection du pylore pour sténose cicatricielle avec guérison. Il s'agit d'une jeune fille, qui avala un liquide caustique et présenta, au bout de quelques mois, des phénomènes de rétrécissement pylorique : vomissements, dilatation stomacale, amaigrissement considérable. Le pylore était extrêmement rétréci, et la dilatation digitale fut impossible ; on en pratiqua alors la résection ; et le duodénum fut suturé à l'estomac. La guérison eut lieu sans incidents et se fit normalement au bout de quelques jours ; la malade reprit son embonpoint et revint à la santé (*Gaz. méd. de Paris*, 1897, déc. 25, n° 52, p. 623).

46. Gastrectomie partielle avec gastro-entérostomie en Y, pour lésions bénignes du pylore, — *Arch. prov. de Chir.*, 1898, 455-465, 9 *fig.*

L'auteur rappelle qu'il a pratiqué la gastro-entérostomie chez un certain nombre de malades atteints de tumeurs malignes du pylore; et il a eu des résultats opératoires très satisfaisants Mais les résultats éloignés n'ont pas tous été également bons. Il résume le procédé qu'il a employé dans le cas qu'il rapporte, et pour lequel il a obtenu un résultat très favorable, puis il donne l'observation (Néoplasme occupant tout le tiers inférieur de l'estomac, chez une femme de 32 ans ; résection, et gastro-entérostomie en Y pour rétablir la continuité interrompue du tube digestif ; au bout de 10 jours, la malade se lève. La santé est actuellement parfaite. — M. Monprofit fait connaître les résultats de l'examen de la pièce qui permet de porter le diagnostic d'*ulcère calleux*, *avec hypertrophie*. M. Monprofit termine son travail en discutant le procédé de Roux, qu'il adopte.

47. Du cancer œsophagien. Gastrostomie. — *Anjou méd.*, Angers, 1902, IX, 152-160.

A propos d'un malade atteint de cancer de l'œsophage qu'il va opérer, M. Monprofit décrit cette affection. Il insiste sur la propagation du néoplasme aux organes voisins, et étudie la symptomatologie. Il distingue quatre types principaux : 1° type pulmonaire (fistules bronchiques ou pulmonaires); 2° type aortique; 3° type médiastinal ; 4° type laryngo-trachéal ; et, après avoir rappelé le diagnostic, il en arrive au traitement. Il considère l'*œsophagectomie* comme une opération d'exception, ne donnant pas de brillants résultats. La seule ressource est de faire la *gastrostomie*.

48. A propos des boutons anastomotiques [Discussion]. — *Congrès fr. d. Chir.*, Proc.-verb. etc., Paris, *X*e *Cong.*, 1896, p. 432.

Dans un cas tout à fait analogue à celui qui venait d'être rapporté, l'auteur a fait l'ablation d'une *virole cicatricielle*, consécutive à une brûlure par ingestion d'un liquide caustique. — Au point de vue des procédés d'anastomose, l'auteur s'est déclaré sans hésitation beaucoup plus suturiste que boutonniste, c'est-à-dire partisan des sutures contre le bouton anastomotique intestinal.

49. Obstruction du pylore par un calcul biliaire. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1897, LXXII, 488-492.

L'auteur présente l'estomac d'une femme qui a succombé à des signes d'obstruction pylorique, que la laparotomie exploratrice n'avait pu conjurer. Cet estomac, dilaté, descendant jusqu'au pubis, renfermait des corps étrangers et des aliments non digérés. En palpant le pylore, on sent un corps arrondi, qui au stylet donne un bruit sec. En

ouvrant, on voit qu'il s'agit d'un calcul biliaire, arrêté au niveau du pylore, enclavé entre deux replis : l'un le séparant de l'estomac, l'autre du duodénum. La dissection des parties voisines révèle une adhérence du fond de la vésicule biliaire à la région duodéno-stomacale. La vésicule renferme encore un calcul. Une fistule cicatrisée conduit à l'estomac; une autre, encore perméable, arrive dans la cavité duodénale. Le calcul, arrêté au pylore, a été déversé dans l'estomac par la vésicule.

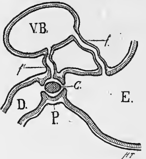


Fig. 25. — Calcul biliaire obstruant le pylore.

La gastro-entérostomie eût sauvé la malade (*Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*, Paris, 1897, n° 46, p. 545).

50. Origine traumatique de certaines affections de l'estomac. — *Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1904, oct.

L'auteur rappelle que l'origine traumatique de certaines affections de l'estomac est connue depuis longtemps et a été signalée par beaucoup d'auteurs ; il croit cependant qu'on pourrait relever cette origine beaucoup plus souvent qu'on ne le fait dans les observations ; pour sa part, il a relevé le fait déjà un bon nombre de fois.

Il cite en particulier le cas intéressant d'un homme qui reçut un coup violent dans la partie supérieure de l'abdomen. A la suite du traumatisme se développèrent des accidents caractérisés par de l'intolérance gastrique et des vomissements qui durèrent pendant plusieurs mois. M. Monprofit vit ce malade très amaigri et présentant avec une tumeur à l'épigastre tous les signes d'un cancer de l'estomac. Il pratiqua la laparotomie et trouva un estomac dilaté, avec un pylore hypertrophié, environné d'une gangue inflammatoire, de résidus hémorragiques dans les épiploons, et sous la séreuse; on fit la gastro-entérostomie postérieure en Y et les fonctions gastriques se rétablirent d'une façon parfaite. Depuis un an, la santé du malade n'a fait que s'améliorer et l'embonpoint est complètement revenu (*Rev. de Chir.*, Paris, 1904, XXX, 637).

C. — *Chirurgie de l'Intestin.*

51. De l'exclusion du duodénum. — *Gaz. méd. de Paris*, 1904, LXXV, 13 s., t. IV, 301, 1 *fig.*

L'auteur n'est pas tout à fait de l'avis du Dr Marcel Baudouin, qui a proposé de traiter les *ulcères du duodénum*, avec hémorragies graves et persistantes, par la jéjunostomie en Y (*Gaz. méd. de Paris*, 1904, n° 23, p. 266). Il ne voit pas que, par la jéjunostomie en Y, le repos du duodénum soit mieux assuré que par la gastro-entérostomie en Y. En effet, lorsqu'on a fait une gastro-entérostomie en Y, le contenu de l'estomac s'évacue par la nouvelle bouche dans le bout jéjunal inférieur ; le duodénum ne donne plus passage qu'à la sécrétion du foie, du pancréas et de la muqueuse intestinale, qui vont se déverser au niveau de l'implantation jéjuno-jéjunale dans le bout jéjunal inférieur ; le repos du duodénum est assuré. Dans la jéjunostomie en Y, il en sera de même à bien peu de chose près ; et encore y aura-t-il peut-être plus facilement reflux des matières alimentaires dans le bout jéjuno-duodénal.
De plus, la gastro-entérostomie en Y est supérieure à la jéjunostomie. en ce sens qu'elle permet à la *sécrétion gastrique*, qui joue un rôle si important dans l'ulcère duodénal, de s'écouler sans passer par le duodénum. Si on veut mettre le duodénum complètement au repos, sans faire de « stomie cutanée », il n'y a qu'à faire : 1° une *section du pylore*, une *pylorotomie*, avec fermeture du duodénum d'un côté et de l'estomac de l'autre : opération qui est d'une grande facilité et d'une simplicité parfaite ; 2° et une gastro-entérostomie en Y, pour assurer l'évacuation gastrique. De cette façon, on remarquera que : 1° l'estomac se vide totalement, et sans fuite possible par le pylore, du côté du jéjunum par l'implantation jéjuno-gastrique ; 2° le duodénum ne reçoit plus rien du côté de l'estomac ; il ne reçoit plus que les liquides hépatique et pancréatique. Les aliments passent par l'estomac supposé sain dans ces cas et par le jéjunum ; le duodénum est donc exclu par cette méthode.
Maintenant tout cela est-il bien nécessaire ? Ainsi que l'auteur l'a dit maintes fois, la simple gastro-entérostomie en Y met au repos d'une façon suffisante l'estomac et surtout le duodénum. Il n'y a de réserves à faire que pour les cas d'ulcères saignants, rebelles à tout traitement, même à la gastro-entérostomie, qui pourraient être traités par la jéjunostomie en Y temporaire, avec gastro-entérostomie en Y secondaire.

52. Résection de 3 mètres 10 centimètres d'intestin dans une cure radicale de hernie volumineuse. — *XIIIe Cong. fr. de Chir.*, Paris, 1899, oct. 16-21, Proc.-verb., 427-428.

L'auteur s'est trouvé en présence d'une hernie inguinale, grosse comme une tête d'adulte, chez un homme de 42 ans, hernie progressant

rapidement, augmentant incessamment de volume, et nécessitant une intervention, puisqu'elle ne pouvait être ni maintenue, ni réduite. Ayant résolu de pratiquer la cure radicale de cette hernie, l'auteur se trouvait en présence d'une masse intestinale composée d'intestin grêle et de gros intestin, adhérente de tous côtés, impossible à libérer et impossible aussi à réduire en masse dans l'abdomen. Il se décida à réséquer alors tout le contenu de la hernie ; et il procéda de la façon suivante. Il plaça des pinces sur les deux bouts de l'intestin à l'entrée de la hernie et sur le mésentère ; il sectionna toute la masse qui fut décollée de ses adhérences et enlevée. L'hémostase étant faite avec beaucoup de soin sur le mésentère, il procéda à l'abouchement des deux bouts intestinaux. Il fit l'occlusion des deux lumières terminales par un double surjet muqueux et séreux ; et il fit ensuite une anastomose latérale. Les suites opératoires furent assez simples. Le malade présenta de la diarrhée dès qu'on voulut reprendre l'alimentation ordinaire au bout du troisième jour ; mais ces phénomènes cessèrent dès qu'on supprima la viande pour s'en tenir au régime végétal. Le malade quitta le service au bout de trois semaines et retourna chez lui en bon état. On a eu de ses nouvelles le 10 octobre, soit 4 mois après l'intervention. Il porte encore un léger bandage avec pelote de soutien, et il éprouve encore un peu de diarrhée, s'il mange de la viande. Son état général est satisfaisant. La masse intestinale enlevée pesait 1 kilog. 660. Elle comprenait une partie de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse. Les longueurs respectives de ces différentes portions sont les suivantes : intestin grêle : 2 m. 30 ; gros intestin : 0 m. 80 ; total : 3 m. 10. L'auteur croit que ces résections étendues d'intestin, qui sont beaucoup moins graves qu'on pourrait le croire, pourront trouver leurs indications dans la cure radicale des très grosses hernies adhérentes et irréductibles. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris, 1899, nov. 2, n° 88, 1053-1054).

53. Résection à froid de l'appendice iléo-cæcal. — *Anjou méd.*, Angers, 1896, déc., n° 26, 449-451.

L'auteur rapporte l'observation d'un jeune homme de 20 ans, qui, après une première et légère attaque d'appendicite, en eut une seconde beaucoup plus intense et prolongée. A la suite de cette seconde attaque, l'appendice iléo-cæcal resta chroniquement enflammé. La résection de l'appendice fut décidée ; il était long de 10 centimètres et contenait en son milieu un calcul stercoral noirâtre, dur et résistant, *véritable coprolithe* ressemblant à s'y méprendre à un noyau de cerise. — M. Monprofit conclut en disant que, lorsqu'on rencontre un tel corps étranger dans la cavité de l'appendice, il est impossible de ne pas lui accorder une influence pathogénique prépondérante. Dans ce cas, il faut enlever l'appendice ; d'ailleurs, il faut procéder ainsi, lorsque plusieurs poussées d'appendicite se sont produites.

54. A propos du diagnostic de l'appendicite. [Discussion]. — *XIIIe Cong. fr. de Chir.*, Paris, 1899, Proc.-verb., 488.

Quoique très interventionniste, l'auteur partage entièrement l'avis

de M. Roux ; il faut savoir choisir, pour opérer, le moment propice. Il faut le moins possible opérer à la période aiguë et faire tous ses efforts pour opérer à froid.

55. Traitement de l'appendicite [Discussion]. — *Congrès belge de Chir.*, Bruxelles, 1902-1903, Comp.-rend., 97-100.

On ne peut guère admettre la formule : *toute appendicite diagnostiquée doit être immédiatement opérée.* Il est, d'abord, très difficile d'affirmer un diagnostic dans les premières vingt-quatre heures. Entre le troisième et le septième jour, on peut se demander si certains malades ne guériront pas sans intervention ; il faut tenir compte de l'état de résistance du malade, de l'état du pouls, etc... L'auteur fait généralement l'incision de Roux. Il est d'avis que tout appendice, qui a été touché par une attaque aiguë, ou qui est le siège de crises chroniques plus ou moins prononcées, doit être supprimé à l'aide d'une résection à froid. M. Monprofit signale les complications diverses qu'on peut trouver dans cette résection (appendice légèrement altéré, sans adhérences ; épiploon adhérent à l'appendice ; adhérences intestinales intimes et étendues ; réunion intime de l'extrémité appendiculaire avec l'intestin, et communication des deux cavités ; abcès résidual autour de l'appendice ; adhérences de l'appendice avec la trompe utérine. — En terminant, il indique son manuel habituel.

56. Sur le traitement de l'appendicite. — *Anjou méd.*, Angers, 1902, t. X, 257-258.

Après avoir rapporté une statistique du professeur Sonnenburg (de Berlin), l'auteur dit que chaque crise aiguë ne nécessite pas une intervention. Pour déterminer sous quelle forme et à quelle période de crise l'intervention chirurgicale, surtout l'intervention hâtive, doit être pratiquée pour sauver le malade, il faut distinguer trois espèces de cas : 1° Appendicite simple, sans péritonite ; 2° appendicite perforante, avec péritonite circonscrite suppurée (forme la plus fréquemment observée) ; 3° appendicite gangreneuse, avec péritonite envahissante, septique et suppurée. S'il y a formation d'un plastron, d'une induration dans la fosse iliaque droite, attendre le septième jour, et, si la température ne tombe pas, si le plastron ne disparaît pas, inciser l'abcès. S'il y a douleur excessive dans le côté droit sans résistance à la palpation ni différence à la percussion, concordant avec un état général mauvais, altération des traits, vomissements, température anormale, on doit penser à l'appendicite gangreneuse, et intervenir aussi hâtivement que possible. — En résumé, à l'exception des cas d'appendicite gangreneuse, attendre, pour opérer, la disparition des phénomènes inflammatoires et le refroidissement à peu près complet.

57. A propos de l'exclusion de l'intestin [Discussion]. — *Congr. franc. de Chir.*, Paris, 1903, Proc.-verb., 67-71.

L'auteur rapporte 11 cas d'exclusion de l'intestin. Dans 2 cas, il a

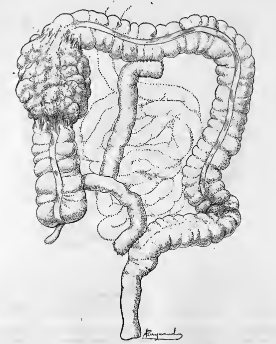


Fig. 26. — Exclusion partielle de l'angle colique droit, avec drainage à l'intestin.

fait la fermeture en cul-de-sac du bout distal, après avoir implanté le bout proximal au-dessous de la lésion.

Dans 4 cas, il a utilisé un procédé spécial, qui consiste à ne faire

ni la fermeture du bout distal, ni sa fistulisation cutanée, mais à l'implanter dans l'anse sigmoïde, de façon à réaliser en somme le *tout à l'intestin* (*Fig.* 26 et 27). De la sorte tous les produits sécrétés par la tumeur en amont ou en aval peuvent s'écouler librement dans l'intestin. On évite la fermeture en cul-de-sac d'une extrémité intestinale dans l'abdomen : ce qui offre toujours quelques risques, et on évite aussi la

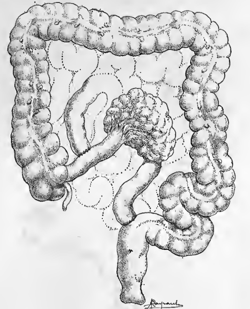


Fig. 27. — Exclusion partielle de l'intestin grêle par tumeur avec drainage à l'intestin.

fistule cutanée dont les ennuis sont bien connus. Dans les 4 premiers cas où l'auteur l'a employé, ce procédé lui a donné les meilleurs résultats.

M. Monprofit attire aussi l'attention sur l'*exclusion* combinée à la *résection*, afin d'éloigner l'anastomose intestinale du siège occupé par la tumeur, condition qui évite l'occlusion secondaire en cas de récidive *in situ*.

L'ablation des grosses tumeurs des côlons laisse en effet parfois des

extrémités intestinales qu'il est difficile de rapprocher pour la suture circulaire bout à bout. Dans ces cas, il eût été plus simple de fermer les deux extrémités et de faire une anastomose sur un point aussi éloigné que possible du siège qu'occupait la tumeur ; on a ainsi l'avantage, dans

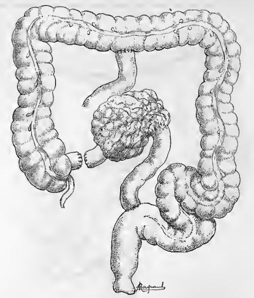


Fig. 28. — Exclusion vraie d'une partie de l'intestin grêle, avec *drainage à l'intestin.*

le cas de récidive de la tumeur, de n'avoir pas d'occlusion secondaire nécessitant une nouvelle opération (*Rev. de Chir.*, Paris, XXIII, 566-567).

58. Une nouvelle méthode d'anastomose et d'exclusion intestinale : De l'anastomose par implantation double et de l'exclusion avec drainage par l'intestin. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1904; XIII, p. 1-29; 65-79, 33 *fig.*

L'auteur entend, par ce mot « exclusion », *l'exclusion d'ordre physiologique*, et non *l'exclusion d'ordre anatomique.* Il ne sépare pas tout

à fait l'*entéro-anastomose* de *l'exclusion*, car la transition entre les techniques est presque insensible. On doit ranger dans le même groupe *d'opérations plastiques sur l'intestin* tout ce qui a trait à ces deux ordres d'intervention. — M. Monprofit, après avoir fait ces observations, étudie l'entéro-anastomose, dont il signale deux sortes : 1° *L'entéro-anastomose par abouchement latéral*, sans section intestinale, ou *opération de Mai-*

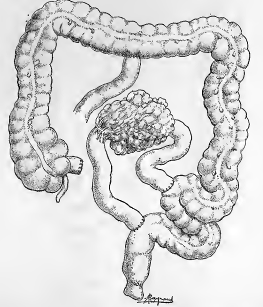


Fig. 29. — Exclusion vraie de l'intestin grêle, avec double drainage dans l'intestin, en *anneau ouvert.*

sonneuve; 2° l'*entéro-anastomose par implantation*, après *résection* ou *section* de l'intestin, qui peut être soit *simple*, soit *double*. Traitant de l'entéro-anastomose par abouchement latéral, l'auteur distingue : 1° celle qui est exécutée sur l'*intestin grêle exclusivement*; 2° celle qui réunit l'*intestin grêle* avec le *gros intestin* ; 3° celle qu'on pratique entre *les différents points du gros intestin*. Passant rapidement sur l'iléo-iléostomie, M. Monprofit publie une observation de *jéjuno-colostomie ascendante*,

consécutive à une iléo-iléostomie insuffisante, et une autre d'*iléo-sigmoïdostomie,* compliquée d'anus artificiel. Ensuite, il donne trois observations de côlo-colostomie et passe à l'étude de l'entéro-anastomose par implantation, ne s'occupant que des cas où il n'y a pas eu de résection intestinale. Il fait l'historique de l'implantation simple, et rapporte des observations personnelles : A, pour tumeurs malignes; B, pour anus artificiel. Arrivant à l'implantation double, l'auteur en fait l'historique et en donne les indications.

Dans la seconde partie de son travail, M. Monprofit traite de l'ex-

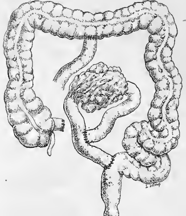


Fig. 30. — Exclusion vraie d'une tumeur de l'intestin, avec *drainage double* à l'intestin et en *anneau complet.*

clusion avec drainage à l'intestin, qui est une implantation double, à laquelle on a recours pour des *tumeurs inextirpables* de l'intestin. *L'exclusion totale* ou complètement *fermée* est une très mauvaise opération; il n'en est pas de même de l'*exclusion ouverte*, c'est-à-dire *drainée*. Jusqu'à présent on n'a guère drainé la partie ayant subi l'exclusion qu'à l'aide d'une *fistule* antérieurement formée, c'est-à-dire *spontanée*, ou à l'aid d'une *fistulisation artificielle*. Or, on doit abandonner cette manière de faire, et drainer du côté de l'intestin dans tous les cas (*exclusiondrainée dans l'intestin*). Cette méthode est applicable à tous les cas possibles. Elle offre deux procédés opératoires distincts : 1° *exclusion relative*, dans laquelle on se borne à exécuter le *drainage intestinal*, sans agir sur le bout anal de l'intestin; 2° l'*exclusion vraie*, dans laquelle, en outre du drainage intestinal, on pratique une *seconde section intes-*

tinale supplémentaire, qui isole très complètement la tumeur. M. Monprofit rapporte trois observations d'exclusions relatives pratiquées sur le gros intestin pour néoplasmes, opérations suivies de guérisons. Puis, il en arrive à l'exclusion véritable, et en démontre la possibilité, soit qu'il faille faire une *exclusion cæco-colique ascendante*, une *exclusion du*

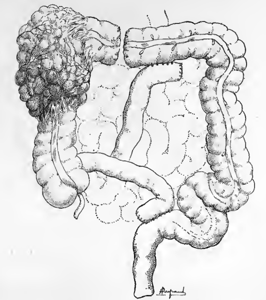


Fig. 31. — Exclusion vraie du côlon ascendant, avec drainage à l'intestin (Procédé par abouchement latéral).

côlon transverse, ou une *exclusion* du côlon ascendant; sa démonstration est accompagnée de schémas. Il applique le *drainage intestinal* à l'intestin grêle comme au gros intestin, et donne, à l'appui de son opinion, une observation relative à un cancer de l'iléon (malade guéri). Il ajoute qu'actuellement, dans un cas semblable, il ferait une exclusion véritable, et recourrait au *drainage rectiligne* ou au *drainage intestinal en anneau* (*demi-anneau* ou *anneau complet*) (*Fig.* 28 à 31).

59. Un nouveau procédé de résection du gros intestin. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1904, XIII, 149-174, 24 *fig.*

L'auteur, supposant que l'ablation se trouve au niveau du gros intestin, examine comment on peut et on doit rétablir la continuité intestinale ; en somme, il passe en revue les différentes *opérations anaplastiques* que l'on peut exécuter sur les côlons sectionnés et les nombreux procédés qui ont été recommandés. Il étudie d'abord *l'entét rorrhaphie circulaire,* signale l'*entérorrhaphie longitudinale*, qui est d'un usage restreint, et l'*entéro-anastomose*, qui comprend : A. *Entéro-anastomose* par abouchement latéral : 1° *simple* (opération de Senn et de Braun) ; 2° *Entéro-anastomose avec exclusion*, dans laquelle on pratique l'anastomose à une *distance notable* du point de résection. M. Monprofit en décrit les différents temps ; il l'examine dans son emploi sur le côlon ascendant, le côlon transverse, et le côlon descendant. Il rapporte une observation d'intervention qu'il a pratiquée avec succès sur cette dernière partie de l'intestin. M. Monprofit a imaginé une dernière méthode : *l'entéro-anastomose par implantation*, qui peut être *simple* ou *double*, avec tous les intermédiaires possibles entre ces deux types. Il fait remarquer que, dans le cas de *tumeur maligne*, il faut préférer l'implantation simple *avec exclusion* notable, et reporter l'anastomose jusqu'au niveau du côlon transverse. L'entéro-anastomose par *implantation double* est le procédé absolument personnel à l'auteur (1).

Il envisage les différents cas qui peuvent se présenter : *tumeurs* du *cæcum*, du *côlon ascendant*, du *côlon transverse*, du *côlon descendant*, de l'*S iliaque*. Il conclut en disant que la résection du gros intestin, suivie d'un drainage intestinal, dans les cas d'entérorrhaphie par implantation, est une méthode applicable dans tous les points du tube digestif sous-cæcal. Elle lui paraît être le procédé opératoire de choix à préconiser désormais dans tous les cas de *tumeurs malignes* de cette partie du canal alimentaire, parce qu'elle rend la *récidive*, souvent inévitable, sans action *sur la circulation des matières digestives*, et, par suite, constitue un très réel progrès sur les anciennes techniques de résection des côlons.

60. Chirurgie du gros intestin. — Nouvelles méthodes d'anastomose, d'exclusion, et de résection de l'intestin ; implantation double et drainage par l'intestin. — Inst. intern. de Bibliogr. scientif., Paris, 1904, in-8°, 57 *fig.*

Dans ce travail d'ensemble, M. Monprofit a réuni toutes les données nouvelles sur la résection et l'exclusion du gros intestin. Les figures sont au nombre de 57. — Ce mémoire a été honoré par l'Académie du prix Daudet.

(1) Voir n° 59 *Arch. Chirurg.* (1904, p. 1 à 65).

61. Cancer du rectum ; ablation par la voie sacrée ; fermeture secondaire de l'anus sacré ; abaissement et fixation du rectum

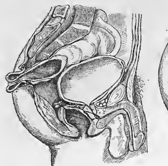


Fig. 32. — Anus sacré avec prolapsus rectal.

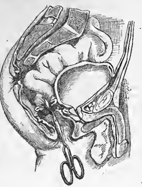


Fig. 33. — Anus sacré (1er temps de l'opération

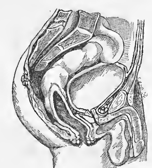


Fig. 34. — Prolapsus rectal par anus sacré opéré et guéri (Opération terminée).

au niveau de l'anus normal. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1895, n. s., XXI, 762-705. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1895, IV, 149-753, 3 *fig.* — *Anjou méd.*, Angers, 1896, nº 15, 265-270, 4 *fig.*

Homme, 53 ans. Opération de Kraske. La suture des deux bouts étant impossible, le chirurgien fixe le bout supérieur dans la plaie, en anus sacré. Il s'établit secondairement un prolapsus de la muqueuse, (*Fig.* 32) tel que l'idée vint de s'en servir pour ramener le bout supérieur dans le canal anal conservé. Libération de la partie prolabée. Effondrement du canal anal, oblitéré à son extrémité profonde, à la suite de la première intervention. Une pince, passant par là, va chercher le bout supérieur libéré et l'attire jusqu'à l'anus normal (*Fig.* 33). Ce cylindre intestinal supérieur, ainsi invaginé dans le cylindre inférieur, est

fixé à la marge de l'anus, après avivement de celle-ci, par quelques points de suture (*Fig.* 34) (*Revue sc. méd.*, Paris, 1896, oct. 15, XLVIII, f. 2, 647).

D. — *Chirurgie du foie.*

62. Trois cholédochotomies avec remarques sur le manuel opératoire. — *Anjou méd.*, Angers, 1904, XI, n°s 10 et 11, 270-280 ; 302-311, 21 *fig.* — *Arch. prov. de Chir.*, 1904, n° 4, 215-231, 21 *fig.*

L'auteur donne tout d'abord trois observations personnelles de cholédochotomie. Puis, il étudie la *technique opératoire* qu'il a employée, technique qui ne diffère que par des points de détail des descriptions



Fig. 35. — Calcul du cholédoque ; cholédochotomie (1er temps). Fixation du calcul.

classiques. C'est ainsi que, pour dégager le cholédoque aussi complètement que possible, il a recours à la *cholédochotomie avec exclusion du duodénum*, et qu'il a, dans quelques cas, *sectionné au bistouri* les adhérences péricholédochiennes. M. Monprofit se sert en outre d'une *pince métallique* pour faire saillir le calcul, pince dont il fait la description. (*Fig.* 38). Son incision du cholédoque est faite, *mi-partie sur le calcul, mi-partie sur le cholédoque, au-dessus du calcul* (*Fig.* 35 et 36). Il étudie

Fig. 36. — Calcul du cholédoque : Cholédochotomie (2ᵉ temps). — L'index de la main gauche fait saillir le canal contenant le calcul.

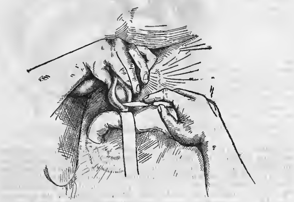


Fig. 37. — Calcul du cholédoque. Incision du canal avant extirpation du calcul (3ᵉ temps).

ensuite l'incision (*Fig.* 37), dans le cas de *calcul rétro-duodénal*, dans celui de calcul *sous-duodénal*, puis la manière d'enlever ces calculs : le

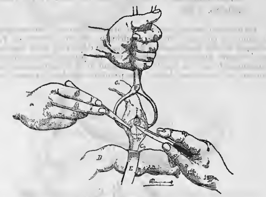


Fig. 38. — Pince à Cholédochotomie de M. Monprofit, en place sur le cholédocque.



Fig. 39. — Cholédochotomie : Suture du canal, après extirpation du calcul.

cathétérisme, la *fermeture du cholédoque* (*Procédé de la ligature latérale* et *procédé de la suture à étages* (*Fig.* 39), et enfin le *drainage*.

63. Une nouvelle méthode de cholécystentérostomie : la cholécystentérostomie en Y. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1904, XIII, 380-383, 5 *fig.*

Le nouveau *modus faciendi*, que propose l'auteur, consiste dans l'application à la chirurgie biliaire du principe des *anastomoses en Y*, c'est-à-dire par *double implantation*. Le point de départ de cette intervention est le suivant. Au lieu d'aboucher la vésicule plus ou moins dilatée dans l'intestin grêle, par un simple déplacement de la première anse libre du jéjunum et accolement latéral des parois de ces deux organes, on sec-

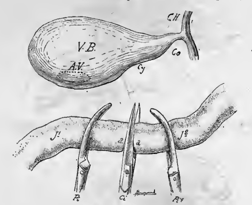


Fig. 40. — Cholécystentérostomie en Y simple (1er temps). [Procédé de M. Monprofit].

tionne ledit intestin, comme si on voulait faire une gastro-entérostomie par implantation double ou en Y. Mais, au lieu d'aboucher le jéjunum à l'estomac, on le fixe à la vésicule biliaire. On pourra ainsi éviter plus facilement *l'infection ascendante* des voies biliaires. On peut faire varier la longueur du canal de communication entre la vésicule et le jéjunum. On évitera ainsi le retour des matières alimentaires dans la vésicule biliaire. M. Monprofit décrit le manuel opératoire. Cette opération est comparable à la gastro-entérostomie en Y; elle nécessite, il est vrai, deux sutures intestinales; mais on n'en est plus, aujourd'hui, à redouter une suture de plus. L'auteur termine en donnant les *indications* de cette intervention : *obstruction non calculeuse du cholédoque*, surtout, c'est-à-dire *tumeur* comprimant ce canal au niveau de l'ampoule de Vater, et amenant presque toujours une dilatation de la vésicule biliaire.

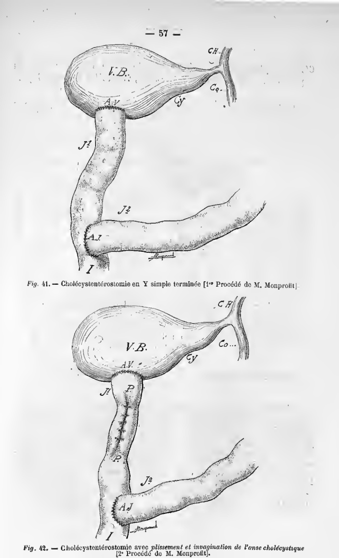


Fig. 41. — Cholécystentérostomie en Y simple terminée [1er Procédé de M. Monprofit].

Fig. 42. — Cholécystentérostomie avec *plissement et invagination de l'anse cholécystique* [2e Procédé de M. Monprofit].

64. Une opération de cholécystentérostomie en Y pour cancer du pancréas. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1904, XIII, 449-453, 1 *fig.*

Une observation. Femme de 36 ans, porteuse d'un cancer du pancréas; état cachectique. — La *cholécystentérostomie* est jugée indispen-

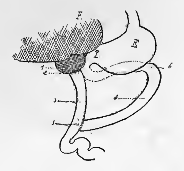


Fig. 43. — Un cas de cholécystentérostomie en Y [Procédé de M. Monprofit].

sable. — Mort au 10ᵉ jour, causée par *l'affection primitive*; le néoplasme avait envahi le *foie* d'une façon notable. — Il est à remarquer que la circulation de la bile n'a présenté aucun trouble.

65. Cholécystentérostomie en Y. — *Congr. franç. de Chirurgie*, Paris, 1904, oct.

L'auteur a pensé qu'il y aurait peut-être avantage à faire pour la cholécystentérostomie quelque chose d'analogue à ce que l'on fait pour la gastro-entérostomie avec le procédé en Y. Il rappelle le fait déjà publié (1). Après section du jéjunum, il a suturé directement le bout distal au fond de la vésicule biliaire, et anastomosé le bout proximal comme dans la gastro-entérostomie en Y, espérant que, de la sorte, l'écoulement de la bile se ferait d'une façon parfaite. Il n'a encore employé qu'une fois ce procédé; le résultat a été très satisfaisant (*Rev. de Chir.*, Paris, 1904, XXX, 646).

(1) Voir Nº 64.

66. Traitement chirurgical de la cirrhose du foie (*Rapport au Congr. franç. de Chir. de* 1904). — Paris, Inst. de Bibl. scient., 1904, in-8°, 105 p., *fig.*

L'auteur rappelle que dans le *traitement chirurgical de la cirrhose du foie* les principaux modes d'intervention préconisés sont : la *paracentèse*, la *laparotomie abdominale*, la *laparotomie vaginale*, l'*anastomose porto-cave* ou *opération de la fistule d'Eck*, et surtout l'*omentopexie* ou *Opération de Talma*, dont l'étude constitue la presque totalité de son travail.

L'*omentopexie* ou mieux l'*épiploopexie* est une opération qui con-

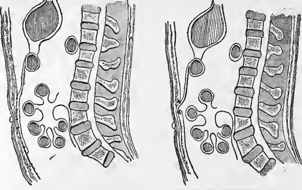


Fig. 44. — Omentopexie par fixation séreuse ou péritonéale (*Procédé de Morison*).

Fig. 45. — Omentopexie par fixation intra-péritonéo-musculaire (*Procédé de Schiassi*).

siste à fixer l'épiploon à la paroi de l'abdomen, dans le but de créer des anastomoses entre les veines de cet organe (dépendance de la veine porte) avec celles de la paroi (dépendance de la veine cave) ; on appelle cette opération *Opération de Talma*, parce que c'est le professeur Talma (d'Utrecht) qui en a eu le premier l'idée et qui l'a défendue avec conviction et énergie. En réalité, c'est Kümmel (de Hambourg) qui, en 1887, a fait la première opération d'omentopexie sans le savoir, et Van der Meulen qui, fin 1889, de propos délibéré, la pratiqua, à l'instigation de Talma lui-même.

L'opération de l'omentopexie proprement dite se compose en réalité de deux temps très distincts : a) la *laparotomie exploratrice*, indispensable à pratiquer d'abord, pour fixer le diagnostic pathologique de la manière

la plus sûre et faire un examen aussi complet que possible du *foie*, de *l'épiploon* et du *péritoine*; b) la *fixation de l'épiploon* à la paroi abdominale, ou *omentopexie* proprement dite.

Sur les 224 observations que M. Monprofit a pu recueillir, on compte 84 décès, 129 guérisons opératoires, et 11 résultats inconnus. Pour ce qui est des 84 faits mortels, l'issue fatale a été 42 fois consécutive à l'intervention; dans les 42 autres cas, elle a été déterminée soit par la cachexie antérieure, soit par une autre affection coexistant avec la cirrhose.

Sans parler de la péritonite, qui résulte presque toujours d'une faute de technique, les complications d'ordre chirurgical de l'omentopexie sont l'*éventration* et la *compression de l'intestin* par l'épiploon, qu'il s'agisse du duodénum ou du côlon transverse.

L'examen des résultats éloignés a permis de constater que, sur 129 guérisons opératoires, la récidive a été observée dans 25 cas; 26 malades ont été améliorés; 70 ont été guéris complètement; 8 n'ont pu être suivis.

La mortalité opératoire correspond à une proportion de 37 p. 100 environ; la guérison complète a été obtenue dans un peu moins du tiers des cas; dans l'état actuel de la statistique, on compte donc presque autant de guérisons complètes, à la suite de l'omentopexie, que de décès. Cela revient à dire que le cirrhotique a une chance sur deux de survivre, grâce à l'intervention, car la cirrhose atrophique avancée, non traitée par le bistouri, est pour ainsi dire incurable.

L'auteur a d'ailleurs résumé son opinion dans la présentation de son rapport au Congrès de la façon suivante.

Présentation au Congrès du Rapport précédent.

Séance du 17 octobre 1904.

M. Monprofit. — Messieurs, vous avez entre les mains mon Rapport sur le traitement chirurgical de la cirrhose du foie; et je ne veux pas vous en faire ici une lecture.

Je ne veux attirer votre attention que sur le point qui me paraît le plus important et qui est encore incomplètement élucidé : les indications de l'intervention.

Nous ne devons pas perdre de vue que nous sommes en présence de lésions pathologiques très diverses, dont les causes, la nature exacte, l'évolution, le pronostic, sont encore à déterminer d'une façon définitive. Beaucoup de ces lésions, en apparence des plus graves, se guérissent parfaitement par l'hygiène et les traitements médicaux. En général, il est assez délicat de proposer les traitements chirurgicaux pour de semblables lésions.

D'un autre côté, le diagnostic des affections du parenchyme hépatique est longtemps obscur à leur origine; longtemps on peut, au dire des pathologistes médicaux les plus réputés, hésiter sur le début d'une cirrhose; lorsqu'on intervient, on peut être mis en présence d'une lésion absolument insoupçonnée, qui se trouvera bien ou mal d'une laparotomie.

Par ailleurs on peut être frappé de ceci : tous les opérateurs disent que le pronostic de l'opération est beaucoup plus favorable dans la forme dite *cirrhose hypertrophique* que dans la forme opposée, ou *atrophique*.

La pathologie et la chirurgie sont absolument d'accord avec ces opérateurs ; nous lisons, en effet, dans nos classiques ceci, qui a été bien mis en lumière par Hanot et Gilbert (1), par Chauffard (2): « Le plus grand nombre de cirrhoses alcooliques curables sont des cirrhoses à gros foie... ; la guérison est presque *la règle* pour les cirrhoses alcooliques hypertrophiques... ».

S'il en est ainsi, s'il est connu et admis par des auteurs compétents que la cirrhose hypertrophique guérit le plus souvent, *pourvu naturellement qu'intervienne un traitement méthodique et suffisamment précoce*, dit Chauffard, on se demande si l'omentopexie a joué un rôle bien important dans la guérison de tels malades opérés, et si ces malades ont bien guéri, parce qu'ils ont été opérés..., pour n'en pas dire plus !

Mais il est un point sur lequel opérateurs et médecins sont d'accord, c'est la gravité de la cirrhose atrophique ; certains médecins disent son incurabilité absolue ; et nous voyons dans nos relevés statistiques assez de guérisons et d'améliorations pour être convaincu que vraiment nous ne sommes pas désarmés en pareil cas. Il est bien certain que pour beaucoup de malades, les résultats éloignés ne sont peut-être pas assez connus ; mais, quand nous sommes en présence d'une affection incurable et fatalement mortelle, notre devoir est de recourir à un moyen thérapeutique, qui seul jusqu'à présent a pu donner des résultats heureux et prompts.

Je suis donc arrivé à cette conclusion que, dans des cas choisis avec soin de cirrhose atrophique, l'omentopexie peut donner de bons résultats et qu'il y a lieu de la conseiller, mais qu'il faut être réservé pour les malades qui en sont à la forme hypertrophique, forme dans laquelle le traitement médical donne un très grand nombre de succès.

Je crois d'ailleurs, messieurs, que cette question si intéressante, si grave et si difficile, ne peut être élucidée même par un rapport laborieusement étudié ; c'est votre sagacité, votre longue expérience, qui, dans une discussion approfondie, vont nous permettre de nous faire une opinion définitive sur le traitement chirurgical de la cirrhose du foie.

67. Les suites et les indications et le manuel opératoire de l'omentopexie (Opération de Talma) [*Revue générale*]. — ***Arch. prov. de Chir.***, Paris, 1904, XIII, n°s 10, 12, 590-607; 741-749.

L'auteur donne d'abord la définition de l'omentopexie, puis la synonymie, et fait l'historique de la question. Il discute ensuite les statistiques fournies par les chirurgiens qui ont eu recours à cette intervention. Dans le chapitre consacré à la physiologie pathologique, M. Monprofit rappelle les expériences faites sur le système porte, dans le but de dériver cette circulation dans les veines caves, afin d'arrêter plus ou moins

(1) Hanot et Gilbert. *De la cirrhose alcoolique hypertrophique*. *Soc. méd. des hôp.*, 27 mai 1890.
(2) Chauffard. *Traité de médecine*, t. V.

le développement de l'ascite ; il rappelle encore les différentes opinions émises sur la pathogénie de l'ascite ; il est d'avis que la théorie mécanique ne donne pas une explication suffisante, au moins dans tous les cas. Les suites de l'omentopexie sont celles de toute laparotomie. L'auteur passe en revue les accidents qui peuvent se produire : état général grave, reproduction de l'ascite ; mort par shock opératoire, marasme ou cachexie, infection locale, autres affections concomitantes, sclérose rénale, accidents cardiaques et pulmonaires, alcoolisme, ulcère de l'estomac avec hémorragies, ou gastrite, méningite. Les complications, en dehors de celles qui entraînent la mort immédiate, et que l'on vient de citer, sont les complications générales survenant après l'intervention, dues : 1° à la maladie primitive ; 2° à l'opération elle-même ; 3° les complications d'ordre chirurgical. Les complications d'ordre pathologique portent sur le cœur, les plèvres, l'estomac, l'intestin. Les complications d'ordre physiologique sont : des altérations de dépression et d'irritation nerveuse, des sueurs profuses, après absorption des aliments albuminoïdes. Les complications chirurgicales se caractérisent par l'éventration et la compression intestinale. Il faut tenir compte du *raccourcissement de l'épiploon*, qui paraît assez fréquent et qui rend impossible l'omentopexie. Quant aux résultats éloignés, ils sont meilleurs qu'on a semblé le croire et surtout qu'on l'a dit jusqu'à ces dernières années.

L'auteur, arrivant aux indications, dit que l'on peut prendre comme point de repère le *début de l'ascite* pour proposer l'intervention chirurgicale. Les résultats opératoires sont les meilleurs pour les cirrhoses qui sont encore à la période hypertrophique. Dans ses conclusions, M. Monprofit arrive au chiffre de 12 0/0 d'amélioration et de récidive et de, à peu près, 35 0/0 pour la guérison complète. On a donc 50 0/0 de chances de guérison, en se faisant opérer, la cirrhose atrophique non traitée par le bistouri étant pour ainsi dire incurable. Enfin, après avoir étudié le manuel opératoire de l'opération, l'auteur donne un tableau qui fournit un aperçu des résultats obtenus par le procédé de Schiassi ou intra-mural des Américains, et de ceux obtenus par le procédé classique de fixation à la face profonde du péritoine pariétal. De ce tableau, il résulte que le procédé de Schiassi n'a aucune supériorité sur la méthode ordinaire.

E. — *Chirurgie des Voies urinaires.*

68. Rupture traumatique de l'urètre. Infiltration d'urine. Sphacèle étendu du scrotum. Urétrotomie externe. Guérison. — *Bull. Soc. de Méd. d'Angers*, 1890, n. s., XVIII, 1er sem., 32-37.

Homme de 32 ans, tombé à califourchon sur l'extrémité du manche d'une brouette de meunier, levé verticalement en l'air ; violente contusion du périnée et des bourses. Impossibilité d'uriner, vives douleurs du côté du périnée. L'auteur décrit l'état du malade, chez lequel il diagnostiqua une rupture étendue de l'urètre dans la loge inférieure, et, comme conséquence, la suite habituelle d'infiltration urineuse et de

sphacèle dans les régions scrotale et pénienne. L'intervention consista à fendre largement le périnée, à faire l'urétrotomie externe, ou plutôt à chercher le bout postérieur du canal évidemment rompu, et à passer une sonde dans la vessie. — Dans des cas semblables, il est absolument nécessaire de continuer longtemps la dilatation au moyen de sondes, afin d'éviter la venue d'un rétrécissement traumatique. Ce malade, revu 15 ans après l'accident, ne présente pas de rétrécissement.

69. Rupture traumatique du rein gauche atteint d'hydronéphrose intermittente; néphrectomie lombaire; guérison. — *Xe Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1896, oct. 19-21, 519-523.

L'auteur a eu l'occasion d'intervenir pour une contusion grave de l'abdomen chez un individu qui, dans une rixe, fut pressé fortement contre le rebord d'une table de billard. Il fut apporté à l'hôpital dans un état syncopal faisant songer à une grave hémorragie interne. On constatait, en outre, dans la région du flanc gauche, une tumeur dure et arrondie, du volume d'une tête d'adulte. Le diagnostic posé fut alors celui d'hémorragie dans la loge rénale, par suite de rupture du rein gauche. L'état général du malade s'aggravant, l'auteur fit une incision à la région lombaire sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, des côtes à l'os iliaque; il arriva sur une tumeur noirâtre, semi-fluctuante, faisant saillie entre les lèvres de l'incision. Cette tumeur, ouverte, était constituée par un volumineux amas de caillots noirâtres; pour avoir plus de jour, une seconde incision, perpendiculaire à la première, fut pratiquée sur le milieu de la lèvre antérieure. La poche nettoyée et débarrassée de ses caillots, on trouva, à la partie supéro-interne de la cavité, le rein complètement éclaté sur son bord convexe dans toute sa hauteur; deux petits fragments rénaux étaient totalement détachés et flottaient au milieu des caillots. Le rein fut pédiculisé et enlevé en totalité. L'hémostase assurée, la plaie fut tamponnée et partiellement réunie. La guérison fut complète au bout d'un mois.

En examinant les vestiges du rein enlevé, on s'aperçut qu'il existait un certain degré d'hydronéphrose, caractérisée par la dilatation du bassinet et des calices et l'amincissement du tissu rénal. Il s'agissait donc d'un rein hydronéphrotique, éclaté sous l'influence d'une violence extérieure, et enlevé par la néphrectomie. (*Sem. méd.*, Paris, 1896, n° 53, 425).

70. Physiologie pathologique de l'augmentation de volume du rein et de la polyurie dans les crises d'hydronéphrose intermittente. — *Ass. franç. d'Urologie*, Paris, 1895, oct. 22-24. [Discussion.]

L'auteur a eu l'occasion d'intervenir dans trois cas d'hydronéphroses très volumineuses. Il s'agissait d'erreurs de diagnostic : on avait cru avoir affaire à des kystes de l'ovaire; et l'erreur ne fut reconnue qu'au cours de la laparotomie. Les énormes poches hydronéphrotiques

furent enlevées avec la plus grande facilité ; et les malades guérirent sans aucun incident. L'auteur se demande s'il est possible qu'une coque aussi mince que celle qu'il a vue dans ces trois cas puisse jamais reprendre ses fonctions physiologiques. Ces hydronéphroses très volumineuses sont, d'ailleurs, faciles à enlever (*Presse méd.*, Paris, 1896, nov. 4, n° 90, p. 590).

V. — CHIRURGIE DES MEMBRES.

71. Luxation complexe, en arrière, de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt; irréductibilité. Arthrotomie; réduction. Guérison complète. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1892, 112-114.

Il s'agit d'un malade qui fit une chute de bicyclette, et qui, en se relevant, s'aperçut que son petit doigt était déformé et *redressé à angle droit* sur le dos de la main; les mouvements étaient impossibles. Il ne put lui faire reprendre sa position primitive, ni lui faire recouvrer la liberté de ses mouvements. Toutes les tentatives de réduction échouèrent; il s'agissait d'une luxation irréductible. L'auteur, après avoir décrit les symptômes, rend compte de l'opération qu'il a faite : arthrotomie, qui permit de réduire. L'incision latérale est la seule indiquée quand il s'agit de l'index et de l'annulaire. Les suites furent très simples. Au bout de quinze jours, la mobilité de l'articulation était parfaite, et son indolence complète.

72. Traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb : Procédé des Drs Chailloux et Tardif (de Longué, Maine-et-Loire). — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1899, VIII, 550-553.

L'auteur préconise le traitement suivant, qu'il a employé avec succès dans 10 cas d'ongle incarné : 1° avec une spatule très plate, ou un vulgaire bout d'allumette, glissez entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'à ce que vous soyez sûr d'avoir atteint la gouttière périunguéale, une mince couche d'ouate, suffisamment longue pour que son autre partie libre se trouve recouvrir toute la partie saine de l'ongle ; 2° préparez une petite mèche d'ouate que vous roulez entre les doigts, et placez-la longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à la gouttière unguéale, à la limite où vous jugez les chairs saines ; 3° dans l'espèce de rainure ainsi formée et où vous n'apercevez qu'un bourrelet fongueux, mettez le nitrate de plomb, régulièrement tassé ; rabattez l'ouate qui recouvre l'ongle sur la mèche ci-dessus ; ajoutez encore un peu d'ouate et placez une bande de gaze mouillée. Le lendemain, enlevez ce panse-

ment. Au lieu de chairs sanieuses et suppurantes, vous êtes le plus souvent tout surpris de trouver des tissus rosés et de bon aspect. Replacez un pansement comme ci-dessus, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les parties sanieuses soient supprimées, c'est-à-dire jusqu'à ce que vous puissiez nettement voir le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants. Changez alors de tactique. Patiemment, en une ou deux séances, relevez ce bord avec un peu de ouate que vous glissez dessous; cessez l'emploi du nitrate de plomb, à moins que vous ne jugiez, par hasard, les chairs encore insuffisamment détruites. Faites un pansement sec; dites au malade de continuer ainsi; et c'est tout. L'ongle incarné croîtra par-dessus les chairs qui, loin d'être molles, sont maintenant comme tannées et parcheminées; il aura repris son chemin normal; votre malade sera guéri. — D'après l'auteur, il n'y a pas d'ongle incarné vulgaire dont on ne vienne à bout avec ce traitement, en y mettant la patience voulue. En cas de récidive, recommencer le traitement. (*Rev. internat. de Thérap. et Pharmacol.*, Paris, 1898, mai 17, n° 5, 196).

73. Luxation métacarpo-phalangienne du pouce. — *Anjou méd.*, Angers, 1899, VI, 45-47; 69-75.

A propos d'une malade, qu'il présente à sa clinique de l'Hôtel-Dieu, l'auteur rappelle d'abord l'anatomie de l'articulation, et explique pourquoi la luxation complète est irréductible. Adoptant la classification de M. Farabeuf, il étudie : 1° la luxation simple incomplète ; 2° la luxation simple complète ; 3° la luxation complexe. Il en décrit les symptômes, ainsi que l'anatomie pathologique. Il insiste, en terminant, sur le traitement de la luxation simple complète et sur celui de la luxation complexe ou irréductible ; à propos de cette dernière, il donne l'observation d'un malade chez lequel il a fait une arthrotomie, avec plein succès. (V. le résumé de cette observation dans la publication qui en a été faite dans les *Archives prov. de Chirurgie*, 1892).

74. De la résection du coude dans les luxations irréductibles et les fractures vicieuses consolidées de l'extrémité inférieure de l'humérus. — *Anjou méd.*, Angers, 1903, X, 127-129.

L'auteur est intervenu plusieurs fois dans des luxations anciennes non réduites ou pour des fractures vicieusement consolidées. Dans ce cas, le bras était en extension, toute flexion impossible. M. Monprofit décrit les différents temps de l'intervention : 1° incision ; 2° recherche de l'épitrochlée ou fragment qui s'en rapproche le plus, et leur mise à nu ; dénudation à la rugine ; luxation de l'extrémité humérale inférieure ; 3° temps : Résection d'une longueur convenable d'humérus, que l'on scie ; 4° temps : On rentre l'os scié dans la plaie ; drainage et suture. Pansement ouaté très épais. — Il est très important de mettre l'avant-bras en supination et en *extrême flexion*. Au bout de huit jours, la plaie est

guérie ; on commence à faire quelques mouvements d'extension, de pronation et de supination ; après la séance on remet l'avant-bras en supination et en extrême flexion. Il faut aborder l'humérus en dedans et respecter le tendon du triceps.

75. Hémirésection du coude pour une luxation irréductible [Discussion]. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1903, XXIV, 354-356.

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer trois fois la résection du coude à la suite de traumatismes. Il a toujours eu recours à une incision longitudinale postéro-interne, avec mise à nu immédiate du nerf cubital qui est ensuite récliné, cette manière de faire étant la meilleure pour éviter à coup sûr la blessure de ce nerf. Les autres temps de l'opération comprennent successivement : la mise à nu de l'épitrochlée ou de ses fragments, la luxation progressive de l'extrémité humérale hors de la plaie, la résection de cet os (qu'on peut faire aussi haut que l'on veut), la réduction de l'os, enfin la suture avec drainage. Pas d'appareil contentif, mais seulement un pansement ouaté, l'avant-bras étant placé en supination et en extrême flexion. Au bout de huit jours, la plaie étant guérie, on commence la mobilisation.

M. Monprofit insiste sur ce point qu'il faut serrer de près la flexion pour ne rien perdre de ce côté ; l'extension s'obtient plus facilement; en tout cas, il est moins gênant d'avoir une extension incomplète qu'une flexion limitée. Dans ses trois cas, l'auteur a obtenu ainsi d'excellents résultats fonctionnels (*Presse méd.*, Paris, 1902, I, n° 26, 275).

76. Un nouveau procédé de résection de l'humérus pour les traumatismes du coude. — *Méd. des Accid. du Travail*, 1903, I, n° 6, 193-194.

L'auteur a fait, plusieurs fois, la résection du coude pour des cas *traumatiques*, luxations anciennes, fractures vicieusement consolidées de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le bras était, dans ces cas, en extension. Suit la description de l'opération. 1er temps : Incision, recherche immédiate du nerf cubital, qu'on récline en avant ou en arrière, selon les cas (*Fig.* 46). 2e temps : Recherche de l'épitrochlée, ou, dans le cas de fracture, du fragment qui s'en rapproche le plus ; mise à nu de cette éminence à l'aide de la rugine ; avant-bras porté en abduction sur le bras; l'humérus fait hernie à travers les lèvres de la plaie ; 3e temps : Résection d'une certaine longueur de l'humérus (*Fig.* 47). 4e temps : Réduction de l'extrémité humérale dans la plaie. A la suite de cette opération, M. Monprofit ne met aucun appareil contentif, mais seulement un pansement ouaté assez épais. Il est extrêmement important de mettre l'avant-bras en *supination* et en *extrême flexion*. Guérison de la plaie au bout de huit jours ; on commence à faire quelques mouvements d'extension, de pronation et de supination ; après la séance de mobilisation, on

remet l'avant-bras en supination et en extrême flexion. L'auteur rappelle trois de ses observations. Il donne la définition de l'*hémirésection horizontale supérieure* et celle de l'*hémirésection horizontale inférieure*, et termine en rappelant les modes divers de procéder de plusieurs chirurgiens.

77. De la simple remise en place des tendons arrachés dans les traumatismes de la main. — *Anjou médical*, Angers, 1904, XI, 189-197, *fig.*

L'auteur rapporte l'observation d'une femme, victime d'un traumatisme du dos de la main, qu'il a soignée par une méthode peu employée

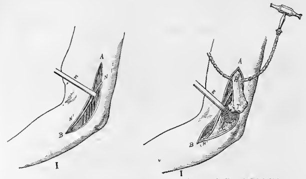


Fig. 46. — Hémirésection du coude. — Dégagement du radial.

Fig. 47. — Résection de l'extrémité inférieure de l'humérus.

et qui lui a donné un résultat satisfaisant. Il s'agit là d'un écrasement de la main entre un arbre et le collier de cheval que conduisait la malade ; l'accident est survenu 3 heures avant l'entrée à l'hôpital. De la plaie, qui, sur le dos de la main, s'étend jusqu'à la face dorsale du poignet, on voit sortir un faisceau tendineux long de 30 centimètres, absolument détaché et flottant sur le côté de la main ; il comprend : 1° le tendon de l'extenseur propre de l'index (15 centimètres) avec 5 centimètres de corps musculaire ; 2° le tendon de l'extenseur commun des doigts allant au médius (20 centimètres de tendon, 5 centimètres de corps musculaire); 3° le tendon de l'extenseur commun des doigts allant à l'annulaire (15 centimètres de tendon et 5 centimètres de corps musculaire); 4° quelques faisceaux de l'extenseur du petit doigt (5 centimètres). L'*articulation radio-carpienne* est ouverte sur une longueur de 1 centimètre. Pas d'hémorragie. L'intervention consiste à rechercher la gaine des extenseurs, qu'on

ouvre ; on remonte à 10 centimètres au-dessous du coude, jusqu'au point d'arrachement des muscles. On fait l'hémostase; on remet les tendons dans leur gaîne et les corps musculaires en contact avec les corps musculaires *déchirés*. *On juge inutile de les suturer*. Suture de la peau au crin de Florence. Les suites sont excellentes. *La malade a recouvré tous les mouvements de la main*. M. Monprofit insiste sur la *simplicité de l'intervention* et la *nature du résultat obtenu* au point de vue anatomique et au point de vue fonctionnel. Il fait remarquer : 1° la valeur thérapeutique de cette *simple remise en place d'organes déchirés*; 2° les conditions dans lesquelles se fait, en cette circonstance, la restauration des parties, même après l'élimination des muscles sphacélés (ce qui a eu lieu ici). Il y a eu, probablement, formation d'*adhérences* entre les restes des tendons arrachés et les masses charnues qui n'avaient pas été touchées. Dans ce cas, l'opération employée peut se défendre comme *opération de choix*, au même titre que la suture *tendino-musculaire*.

78. Sur les décollements traumatiques des épiphyses [Discussion]. — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1904, oct.

L'auteur rapporte *deux faits* de décollement de l'épiphyse supérieure de l'*humérus*, dans lesquels il a dû, cinq et six semaines après l'accident, faire une résection partielle de l'extrémité supérieure de la diaphyse, qui gênait les mouvements et menaçait de perforer la peau. Il y avait eu erreur de diagnostic, au moment de l'accident, et l'un des cas du moins avait été pris pour une luxation de l'épaule (*Rev. de Chir.*, Paris, 1904, XXIV, 662).

VI. — MALADIES DES YEUX.

79. Sur un cas de choroïdite vasculaire d'origine syphilitique. — *Arch. d'Ophth.*, Paris, 1885, IV, 138-142.

L'auteur rapporte une observation de choroïdite, limitée au pôle postérieur de l'œil. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une chute sur le front, éprouva une notable diminution de la vision du côté gauche (atrophie papillaire). Puis survint, six semaines après l'accident, un début d'atrophie des parties molles et des os du côté gauche de la face ; l'atrophie n'a fait que croître. Le malade contracte la syphilis, sept ans après, à l'âge de 32 ans. Vingt jours après, altération de la vision à droite, et au bout de 24 heures, elle disparaît absolument. Traitement antisyphilitique. Grande amélioration au bout d'une vingtaine de jours. Cinq ans plus tard, les mêmes accidents se reproduisent. L'auteur établit le diagnostic, et rapporte les circonstances de l'examen ophtalmoscopique. Le début brusque est caractéristique ; il y a brouillard, puis nuit complète. Au point de vue anatomique, on peut diviser la marche en trois périodes :

1re période ou période *congestive*; 2e période ou période *régressive*; 3e période ou période *cicatricielle* pendant laquelle la plaque blanche disparaît d'une façon plus ou moins complète; et elle est remplacée par une plaque noire, sorte de cicatrice. Pendant un certain temps, les trois sortes de lésions sont confondues ; puis, peu à peu, les lésions régressives et cicatricielles l'emportent sur les autres. La choroïdite vasculaire peut se montrer comme manifestation de la syphilis congénitale. D'autres diathèses, telles que la tuberculose, la scrofule, l'arthritisme peut-être, peuvent être invoquées. Le traitement varie selon l'origine attribuée à la lésion.

VII. — GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. — Annexes de l'Utérus.

80. Etude chirurgicale sur les inflammations des organes génitaux internes de la femme. Salpingites et Ovarites (1). — Th., Paris, 1888, G. Steinheil, in-8o (2).

Après une introduction dans laquelle l'auteur fait l'historique du sujet, il étudie l'anatomie pathologique, en s'occupant tout d'abord des *maladies inflammatoires des trompes*, qu'il divise ainsi : 1o *salpingite catarrhale végétante* ; 2o *salpingite interstitielle ou pachy-salpingite*; 3o *abcès de la trompe de Fallope* (*salpingite suppurée, pyo-salpingite*) ; 4o *hydro-salpingite* ; 5o *hématome de la trompe*. Puis il passe aux *lésions de l'ovaire* (*dégénérescences kystiques, ovarites suppurées*), et à la *pelvipéritonite* ; il examine, dans ce chapitre, *les modifications qui peuvent se produire dans les rapports de la trompe et de l'ovaire*. M. Monprofit attire l'attention sur les lésions des *ligaments larges* (*abcès, poches péri-salpingiennes et ovariennes intra-ligamenteuses*) ; et il signale les ouvertures fistuleuses qui font communiquer la collection avec : 1o l'intestin; 2o la vessie. Les tubo-ovarites communiquent avec l'utérus par le conduit normal de la trompe restée perméable, et quelquefois très largement béante.

La fréquence des tubo-ovarites est assez grande et la périmétrite, l'ovarite, etc.... sont plus fréquentes à gauche.

Le chapitre II traite de l'étiologie et de la pathogénie, et signale, comme causes les plus fréquentes d'endométrite et de salpingite : 1o *la blennorragie*, 2o *les infections succédant à l'avortement ou à l'accouchement* ; 3o *les infections instrumentales* : *le drainage défectueux de l'utérus*; 4o la propagation des papillomes aux trompes (*salpingite papillomateuse*) ; 5o la *tuberculose* (*Fig.* 48).

(1) *Rev. Sc. Méd.*, Paris, 1889, janv. 15, no 65, T. XXX, p. I, p. 136.
(2) Ouvrage récompensé par l'Académie de Médecine (Prix Huguier) et par la Faculté de Médecine de Paris (Prix de Thèse).

L'auteur décrit ensuite *la marche des lésions* dans les trois éléments toujours atteints : trompe, ovaire, péritoine (comprenant le ligament large). Il étudie les conditions du développement de l'*hydro-salpingite* et de l'*hémato-salpinx*, et donne les diverses classifications des salpingites.

Le chapitre III est consacré à la symptomatologie ; l'auteur étudie le *début* de la maladie, les *troubles menstruels*, la *stérilité*, les *douleurs*, et insiste sur la *colique salpingienne et les écoulements utérins* (*écoulements séreux, purulents, sanguins, formation de fistules*). Arrivant aux *signes physiques*, il divise les salpingites en deux groupes classiques : 1° *cas présentant une tumeur manifeste* ; 2° *cas n'offrant pas de tumeur*

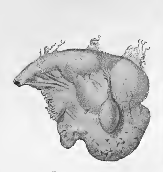


Fig. 48. — Type de salpingite tuberculeuse (Thèse).

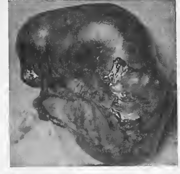


Fig. 49. — Une grosse tumeur salpingienne enlevée par salpingectomie (Obs. personnelle).

abdominale manifeste ; il étudie le *toucher vaginal*, le *palper abdominal*, les *phénomènes généraux*, les *complications*, la durée. Il traite ensuite du *diagnostic* et distingue : 1° *existence d'une tumeur abdominale manifeste* ; 2° *pas de tumeur abdominale manifeste* ; 3° *coexistence des salpingites avec les affections de l'utérus* (*fibrome, cancer*).

Le chapitre IV comprend la *prophylaxie* et le *traitement*. Au sujet de la prophylaxie, M. Monprofit revient sur la *blennorrhagie*, *l'avortement et l'accouchement*, *l'endométrite*. L'auteur étudie le *traitement* : des *tubo-ovarites aiguës*, qu'on opère rarement, et des *tubo-ovarites chroniques*, qui nécessitent beaucoup plus fréquemment l'intervention. Il traite : a) du *traitement préparatoire* ; b) des *opérations* qui se divisent en trois groupes : 1° *Voie vaginale*, α) *Ponction simple aspiratrice* ; β *Ponction suivie de drainage* ; 2° *Incision vaginale* ; 3° *Voie rectale* ; 4° *Voie abdominale* ; α) *Ponction* ; β *Incision dans la fosse iliaque* ; γ *Laparotomie*.

Après avoir apporté les *résultats* de l'intervention chirurgicale, M. Monprofit donne les *indications de l'opération* (acuité et persistance des dou-

leurs surtout); il signale les opérations nouvelles prônées surtout en Angleterre et en Amérique (Hystéropexie antérieure, raccourcissement du ligament rond, etc.). — Suivent 18 observations. L'index bibliographique de la question termine la thèse.

81. Castration abdominale totale pour salpingite suppurée. — *Congrès franç. de Chir.*, Proc.-verb. [etc.], Paris, 1897, XI, 923-927.

L'auteur a pratiqué six fois la castration abdominale totale pour affections chroniques des annexes, nécessitant leur ablation. Les résultats immédiats de cette intervention sont excellents ; les malades ont toutes guéri ; les résultats définitifs, au point de vue des phémonènes douloureux, paraissent devoir être beaucoup meilleurs que par l'ablation simple des annexes.

D'après l'auteur, le nombre de ses cas est encore trop restreint pour qu'il établisse un parallèle entre la castration abdominale totale et l'hystérectomie vaginale pour les suppurations pelviennes. Il croit que cette dernière intervention reste toujours une précieuse ressource dans les cas les plus graves. Il ajoute que toutes les manœuvres sont singulièrement favorisées par l'emploi de sa valve abdomino-vaginale, qui assure, d'une facon fixe et constante, l'écartement de la plaie sus-pubienne et l'éclairage du petit bassin (*Méd. moderne*, Paris, 1897, nº 89, nov. 6, p. 710).

82. Les opérations annexielles radicales par voie abdominale. — [*Rev. gén.*]. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1901, X, 513-540 ; 577-606 ; 14 *fig.* (1).

I. — Après avoir donné la définition de la *castration annexielle*, l'auteur propose de diviser cette opération en deux grandes variétés : 1º La castration chez les *femmes absolument normales* et en parfaite santé ; 2º La castration pour *affections pathologiques variées*. Mais, pour l'espèce humaine, la seconde variété est, pour ainsi dire, la seule employée. M. Monprofit passe en revue la *synonymie*, et en arrive aux *variétés* : a) *Castration complète et bilatérale ou double* ; b) *unilatérale complète*. Elle peut être *incomplète*, c'est-à-dire limitée à un seul organe (*ovarienne* ou *salpingienne*). Cette opération est connue depuis longtemps en médecine vétérinaire. L'auteur fait l'*historique* de la question, et traite ensuite du *manuel opératoire* : laparotomie exploratrice classique ; *ablation*, *après ligature du pédicule*, *des annexes*. Puis il décrit la *technique opératoire classique*, qui est celle de la *laparotomie exploratrice* sur *plan incliné*. M. Monprofit signale le moment le plus favorable pour intervenir (semaine qui suit les règles); puis il étudie : I. l'*incision*; II. l'*extirpation classique*, et nécessairement la *ligature du pédicule*, l'*ablation*; III. la *fermeture de l'abdomen*. Un autre procédé d'extirpation consiste dans l'*excision sous*

(1) Article reproduit en partie de la *Chirurgie des Ovaires et des Trompes* (Voir nº 85).

ligature préventive. — L'auteur passe en revue : 1° la *castration totale unilatérale*, à laquelle il ne faut, dit-il, recourir qu'en cas de nécessité opératoire absolue ; 2° la *castration ovarienne bilatérale isolée* ; 3° la *castration salpingienne bilatérale isolée* ; 4° la *castration incomplète bilatérale combinée* (*ovarienne* d'un côté, *salpingienne* de l'autre) ; 5° la *castration avec opérations complémentaires*. — Les suites immédiates de la castration annexielle totale type sont, en général, des plus bénignes. Les *complications* sont rares. De suite, les *règles cessent*, quoiqu'on ait vu, rarement, s'établir des règles supplémentaires ; dans quelques cas, la *grossesse* est devenue possible, parce qu'il y avait probablement un *troisième ovaire* laissé en place. Les *résultats éloignés* sont ceux, très connus, de l'*insuffisance ovarienne*. L'auteur rappelle les désordres constatés du côté du système nerveux, du système osseux, les *troubles d'ordre sexuel*, les *troubles des sens*, de *la voix*. Puis il étudie les diverses indications : I. *affections de l'utérus* : a) *anomalies de l'utérus* ; b) *métrorragies* ; c) *antéflexion* ; d) *fibromes* ; e) *dysménorrhée*. — II. *affections des ovaires* : a) *névralgies ovariennes* ; b) *hématomes de l'ovaire* ; c) *calcification de l'ovaire* ; d) *prolapsus des ovaires* ; e) *hernies de l'ovaire*. — III. *affections du vagin* : *malformations*. — IV. *affections nongénitales et névroses diverses* : a) *hystérie* ; b) *épilepsie* ; c) *psychoses* ; *ostéomalacie* ; c) *cancer de la mamelle*. — V. provocation de la stérélité. — VI. castration d'ordre social, employée en Amérique comme moyen de répression et de police.

II. — *Salpingo-Oophorectomie abdominale*. — L'auteur définit cette opération : ablation, par voie abdominale, des *annexes malades*, mais dans les cas de lésions de petit et moyen volume seulement. Elle doit être opposée à la castration annexielle et à l'ovariotomie. Il étudie la synonymie et les variétés : *salpingo-oophorectomie double*, *bilatérale*, ou *totale*, ou *simultanée* ; *opération unilatérale ; oophorectomie*, simple ou double, qui correspond à l'extirpation de l'ovaire seul ; la *salpingectomie*, simple ou double, ou extirpation de la trompe seule, d'un côté ou des deux. — Après avoir fait l'historique, M. Monprofit arrive au manuel opératoire, et il décrit la technique opératoire classique ; il insiste sur les *accidents qui peuvent arriver au cours de l'ablation même des annexes*, qui sont les *hémorragies* et les *ruptures* ; il indique quels sont les soins post-opératoires. Puis il étudie un autre procédé d'extirpation des annexes (*incision sous ligature préventive*), et réunit, sous le nom de variétés, diverses opérations spéciales : 1° *l'Oophorectomie double* et *l'Oophorectomie unilatérale* ; 2° la *salpingectomie double* et la *salpingectomie unilatérale* ; 3° l'*ablation unilatérale des annexes* ; 4° la *salpingo-oophorectomie combinée*. — Les véritables complications sont constituées par la *péritonite*, des *hémorragies*, des *accidents gastro-intestinaux post-opératoires*. Les accidents éloignés sont : des *adhérences douloureuses*, des *troubles fonctionnels*, des *douleurs*. Les résultats thérapeutiques (suppression des *douleurs* et troubles menstruels, éloignement des dangers que peut causer une rupture, la disparition des phénomènes de pelvi-péritonite) sont presque toujours obtenus par l'opération qui a été préconisée par Lawson Tait. La menstruation disparaît complètement si on a enlevé les deux trompes et les deux ovaires ; quand l'ablation a été unilatérale, on a pu voir se produire la *fécondation*.

Les indications sont constituées par toutes les variétés d'*infections des annexes* et des *grossesses tubo-ovariques* : I. Salpingo-ovarites : 1° *Oo-*

phoro-salpingites aiguës simples ; 2° oophoro-*salpingites chroniques* ; 3° *ovarites microkystiques* ; 4° *oophoro-salpingites suppurées* ; 5° *oophoro-salpingites tuberculeuses*. — II. Grossesses tubo-ovariques. Pour les grossesses de moins de cinq mois, l'extirpation du kystefœtal correspond exactement à une salpingo-oophorectomie simple. Pour une grossesse de plus de cinq mois, l'intervention est rendue plus difficile par la vascularisation du sac; l'opération peut être très complexe, et oblige à faire en même temps l'ablation de l'utérus.

83. Greffe de l'ovaire [*Revue générale*]. — *Arch. pr. de Chir.*, Paris, 1901, t. 129-142, 2 *fig.* — *Anjou méd.*, 1901, VIII, 73; 97 (1).

L'auteur donne la définition de cette opération, qui consiste à *greffer des ovaires sains de femme* au lieu et place d'ovaires malades, préalablement enlevés, ou à côté d'ovaires rudimentaires et reconnus insuffisants. Il donne la synonymie, et distingue les différentes variétés : 1° Greffe animale ; 2° greffe humaine. — Puis, il passe l'historique en revue, et donne un résumé de deux opérations faites par Robert T. Morris (de New-York). Arrivant au manuel opératoire, M. Monprofit examine les trois conditions dans lesquelles on peut se trouver : 1° les *ovaires existent*, mais ils sont *rudimentaires*; 2° les *ovaires existent*, en totalité ou en partie, mais doivent être extirpés d'abord, étant en *grande partie malades*; 3° les *ovaires n'existent pas*; il y a eu autrefois « castration ovarienne double ». — Au sujet de la technique opératoire, l'auteur étudie : I. *le lieu de la greffe* ; on distingue deux grandes méthodes : 1° *greffe péritonéale*, pratiquée au niveau de l'utérus ou des ligaments du bassin ; 2° *Greffe intra-organique*, faite dans les trompes ou dans l'utérus : A. *Greffe par voie abdominale* : a) *greffe intra-salpingienne;* b) *Greffe intra-utérine* (6 observations dues à Frank et à Dudley. B. *Greffe rétro-utérine* ou *intra-pelvienne par voie vaginale*, utilisée par J. H. Glass en 1899, à l'aide d'un ovaire provenant d'une femme opérée quelques instants auparavant. M. Monprofit décrit l'opération, et cite deux observations de Glass. — II. *Organe à greffer*. Avoir soin, quand on prend l'ovaire à greffer, sur une autre personne que la malade, d'opérer successivement et à intervalles aussi rapprochés que possible les deux sujets. — III. *Greffe proprement dite*. Employer, quand on le peut, des *ovaires entiers*, et placer l'organe à greffer dans des tissus lâches, ou mieux *dans une cavité libre*. M. Monprofit indique comment doit être exécutée la *greffe dans la trompe*. Quant aux suites et complications, on n'a pas signalé l'*élimination des ovaires* greffés dans les organes; dans tous les cas, les *règles* sont revenues très vite et se sont maintenues sans douleurs; la *grossesse* a été obtenue. Frank croit qu'on a noté, dans un cas, une *grossesse extra-utérine* : ce qui constituerait une complication importante. — La greffe de l'ovaire a deux indications nettes : 1° *troubles fonctionnels*, existant ou plutôt susceptibles de se produire, après la castration ovarique double; 2° *anomalies des ovaires*.

(1) Art. reproduit en partie dans la *Chirurgie des Ovaires et des Trompes* (Voir n° 85).

84. Les opérations conservatrices sur la trompe (En collaboration avec M. le Dr Marcel BAUDOUIN) [*Rev. générale*]. *Ann. Soc. roy. d. sc. méd. et nat. de Brux.*, 1903, XII, fasc. 2, 258-85.

Ce mémoire a obtenu un prix (1) de la *Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.*

Ce travail n'est guère que le développement d'un des chapitres les plus importants de la *Chirurgie des Ovaires et des Trompes* (2). — Les auteurs y ont précisé les descriptions de procédés opératoires connus et fait une revue générale très complète de la question.

85. Chirurgie des Ovaires et des Trompes. — Paris, I. B. S., 1903, in-8°, XII-456 p., 260 *fig.*

Cet ouvrage est un traité de médecine opératoire typique, comme

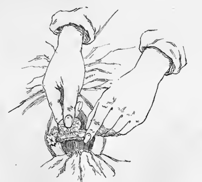


Fig. 50. — Massage intra-abdominal de l'ovaire.

ceux qui ont été consacrés, par d'autres auteurs, dans la même collection, au foie, à l'intestin, à l'utérus. Il comprend la description de toutes les opérations, anciennes et modernes, qui ont été exécutées sur les ovaires et les trompes.

(1) *Prix Seutin* (1901).
(2) Voir n° 85.

Une partie a été surtout développée, en raison de son intérêt pratique et de sa nouveauté : c'est celle qui a trait aux *interventions conservatrices sur les annexes*. Les lecteurs trouveront là une étude, très complète et très circonstanciée, des opérations récentes qui s'appellent, par exemple : le *massage intra-abdominal de l'ovaire* (*Fig.* 50), dû à l'auteur lui-même ; *l'ignipuncture de l'ovaire* (*Fig.* 51) ; l'*oophorotomie*; l'*oophoropexie*; la *salpingotomie*; la *salpingopexie*; les *sections diverses des trompes*, etc., etc.

La moitié de ce gros volume, illustré de très nombreuses figures reproduisant les divers temps des principales opérations, est consacrée



Fig. 51. — Ignipuncture de l'ovaire.

à cette chirurgie très moderne et qui attire, avec tant de raison, l'attention de tous les médecins désireux de voir les chirurgiens intervenir chez les femmes malades avec le minimum de danger.

Dans la troisième partie, M. le Pr Monprofit a fait l'histoire des interventions, bien connues aujourd'hui, qui s'appellent l'ovariotomie et la salpingo-oophorectomie par les diverses voies, d'une façon si complète qu'il sera désormais inutile de chercher ailleurs tous les documents relatifs à ces opérations, qui, il y a quelques années, ont fait tant parler d'elles.

Il faut dire, de plus, que ce livre a été écrit pour permettre aux praticiens de se rendre compte des principales indications opératoires des lésions des annexes. Il s'adresse à tous les médecins qui tiennent à

étudier leurs patientes avant de les confier à l'opérateur de leur choix (*Gaz. méd. de Paris*, 1903, LXXIV, 12 s., t. III). (1)

86. Kyste du ligament large. Laparotomie. Guérison. — ***Bull. Soc. de méd. d'Angers***, 1889, 2e sem. 24-28.

Femme de 30 ans, présentant depuis 3 ans une augmentation de



Fig. 52. — Kyste rétropéritonéal du corps de Wolff [Rate et pancréas voisins].

volume considérable du ventre. Kyste volumineux, présentant une très grande cavité fluctuante dans toute son étendue ; utérus refoulé à droite ;

(1) Cet ouvrage a obtenu le Prix Huguier, en 1904, à l'*Académie de Médecine de Paris*; et le Prix Mège a l'*Académie des Sciences*.

sa mobilité est limitée. L'auteur diagnostique un kyste développé aux dépens de l'appareil ovarien gauche et fait une laparotomie. Guérison. M. Monprofit insiste sur les rapports du kyste avec les organes pelviens ; il était inclus par sa partie inférieure entre les lames du ligament large et adhérent fortement au plancher pelvien et aux parois du petit bassin ; d'autre part, de solides adhérences le fixaient à la vessie et à l'utérus. Ces derniers rapports sont les plus importants. L'auteur fait remarquer que les rapports de la vessie avec les tumeurs ovariques sont sujets à des variétés infinies. Il faut donc, quand on pratique la laparotomie, rechercher avec le plus grand soin la situation exacte du sommet de la vessie. Pendant la libération de la partie inférieure de la tumeur, la présence dans la vessie d'un cathéter plus long qu'une sonde de femme ordinaire est indispensable. La blessure de l'uretère est plus facile à éviter.

87. Ablation d'un kyste du corps de Wolff, avec pancréasectomie partielle et splérectomie. — *Gaz. méd. de Paris*, 1904, 13 s., IV, 121-123, 3 *fig.*

L'auteur donne l'observation d'une malade atteinte d'un kyste rétropéritonéal, probablement d'origine wolffienne, et décrit l'opération à laquelle il a eu recours. La guérison fut complète en huit jours. Après avoir indiqué les résultats de l'examen anatomique, M. Monprofit conclut qu'il s'agissait d'un *kyste du* corps de Wolff, sans qu'il puisse être absolument affirmatif à ce sujet. Le kyste était nettement *rétropéritonéal* (*Fig.* 52), ce qui est très rare pour un kyste de l'ovaire. L'auteur établit qu'il ne pouvait s'agir d'un *kyste du pancréas* ou de *la rate*. Il est à remarquer aussi que, dans le cours de l'opération, on n'a pas vu les organes génitaux. La tumeur étant voisine du pancréas et de la rate, on doit en conclure que le kyste s'est probablement développé dans le canal de Wolff du côté *gauche*. M. Monprofit cite des exemples de cette lésion. Le point intéressant de l'intervention est qu'elle a été compliquée par deux autres ablations: l'extirpation de la totalité de la rate et de la partie terminale du pancréas.

88. Marsupialisation abdominale [*Revue générale*] (1). — *Gazette médicale de Paris*, 1902, p. 353-355 ; 377-378.

L'auteur donne tout d'abord la définition de cette intervention, et l'étymologie. Puis il en étudie les variétés : 1° l'incision simple, sans suture ; 2° l'incision avec fixation à la peau de la poche, ou *marsupialisation vraie*, qu'il décrit avec détails, en faveur de laquelle il se prononce. Il en fait l'historique et arrive au manuel opératoire, dans lequel il ne s'occupe que de la *marsupialisation typique*, laquelle présente deux variétés : 1° la *marsupialisation simple* (incision de la poche kystique) ; 2° *marsupialisation avec ou après résection kystique*. M. Monprofit donne

(1) Extrait de la *Chirurgie des Ovaires et des Trompes* (n° 85).

ensuite la technique de ce procédé, qui comporte : 1° laparotomie; 2° ponction ; 3° incision ; 4° fixation ; 5° résection de la poche ; 6° pansement. — Les suites sont généralement bénignes. Les complications sont : les hémorragies, l'infection. L'auteur indique les résultats de cette opération (sécrétion au début et rétraction du kyste, puis mortification et élimination dans les cas heureux). La tumeur peut récidiver. Les indications sont : les kystes de l'ovaire et les grossesses extra-utérines.

89. Grossesse extra-utérine de trois mois et demi ; laparotomie ; guérison. — *Bulletin et mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1893, XIX, 154.

Mémoire communiqué à cette Société, ayant pour base l'opération citée à l'article suivant (n° 90) (1).

90. De la grossesse extra-utérine. Diagnostic et traitement. — *Anjou méd.*, Angers, 1895 ; fév., n° 4, 63-68.

L'auteur fait remarquer que tous les efforts du médecin doivent tendre à faire le diagnostic pendant les premiers mois, avant la rupture, et à pratiquer l'ablation du kyste fœtal extra-utérin, avant tout accident. Il cite l'observation d'un cas dans lequel il a pu faire ce diagnostic et intervenir hâtivement en pleine connaissance de cause. — Après avoir passé en revue les symptômes présentés par la malade et fournis par l'examen, M. Monprofit en arrive à l'intervention qu'il pratique : la laparotomie. Les suites furent très simples, et la guérison absolue. — L'auteur attire particulièrement l'attention sur les points qui lui ont permis de faire le diagnostic : 1° *suppression des règles ou signe de grossesse* ; 2° *constatation d'une tumeur indépendante de la matrice* ; 3° *utérus petit, mobile, sur la tumeur*. — Au point de vue du traitement, il y a, selon lui, en dehors des accidents de rupture aiguë avec symptômes d'hémorragie interne, lesquels donnent lieu à des indications spéciales, deux circonstances à considérer : 1° on est appelé à donner ses soins avant l'époque de rupture habituelle ; dans ce cas, l'intervention s'impose comme un devoir, si on ne veut pas avoir à se reprocher la mort de la mère ; 2° la période de rupture est passée ; on peut laisser la grossesse continuer son cours, afin d'obtenir un enfant vivant ; mais les cas de ce genre sont encore bien rares. — M. Monprofit est partisan de la laparotomie, qui permet de voir clair et de faire bien.

(1) Voir *Rev. de Chir.*, 1893, p. 333.

II. — Chirurgie de l'Utérus.

91. Le traitement des rétro-déviations utérines. — *Anjou méd.*, Angers, 1900, VII, 97-104; 121-131, 4 *fig.*

L'auteur pose les questions suivantes : Faut-il appliquer un pessaire, pour combattre les rétro-déviations de l'utérus ? Faut-il opérer ? A cela, il répond qu'il n'applique presque jamais de pessaire. Le véritable traitement des rétro-déviations utérines doit, dit-il, être chirurgical. Sa pratique est la suivante : les rétro-déviations utérines, non douloureuses ou facilement supportées, sont laissées absolument tranquilles ; celles qui amènent des douleurs ou des accidents, nécessitant vraiment un traitement sérieux, sont traitées presque exclusivement par la laparotomie et le *raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.* A l'appui de cette opinion, M. Monprofit rapporte 4 observations ; dans les deux premières, la guérison a été absolue ; une des opérées, devenue enceinte, a eu une grossesse et un accouchement nouveau. Une nouvelle grossesse, datant de 3 mois, ne présente rien de particulier à noter. Chez la 3e malade, les souffrances n'apparaissent plus qu'au moment des règles. La quatrième opérée avait, outre sa rétroversion, une salpingo-ovarite gauche ; les résultats ont été, chez elle, aussi absolument satisfaisants.

Dans une seconde partie de son travail, l'auteur décrit la façon dont il opère : malade placée dans la position de Trendelenburg ; ouverture de l'abdomen du pubis à l'ombilic, application de la *valve abdomino-vaginale* de Monprofit ; cavité abdominale supérieure garnie de compresses aseptiques ; recherche du fond de la matrice, qu'on libère de ses adhérences au cul-de-sac postérieur ; examen des annexes ; salpingorraphie et fixation à l'ovaire s'il y a lieu, transfixion du ligament rond près de son insertion à la corne utérine d'une part, et dans sa portion inguinale d'autre part, au moyen d'un fil monté sur une aiguille courbe ; il est attiré en haut et le fil est noué, et la même manœuvre est faite du côté opposé. Quelques points sont ensuite placés sur l'anse coudée du ligament rond, de façon à en souder, en quelque sorte, les deux branches ; chez les six malades, les accidents ont disparu.

92. Traitement chirurgical du cancer utérin. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1902, XI, 630-632. — *Anjou méd.*, 1902, IX, 268-271.

L'auteur estime que l'on ne peut espérer une guérison définitive ou prolongée que si l'on se trouve dans les conditions suivantes : 1° diagnostic précoce ; 2° intervention hâtive. Il abandonne l'hystérectomie vaginale et pratique la *vagino-abdominale*, dont il décrit les différents temps. Quand il s'agit de *cancer du corps* avec un col peu volumineux, il se contente de libérer le col sans en faire l'ablation ; s'il est à craindre que les liquides sanieux contenus dans la matrice viennent conta-

miner la cavité pelvienne, il met quelques points de suture sur le col, pour le fermer aussi hermétiquement que possible. Si on abandonne la voie vaginale, et qu'on aille du premier coup par l'abdomen, on est obligé de tirer l'utérus par en haut; et les pinces ou les doigts déchirent la matrice à sa partie supérieure, ou bien le corps se sépare du corps, et on est inondé de liquides septiques : ce qui n'a pas lieu dans la vagino-abdominale.

93. Hystérectomie abdominale avec conservation partielle de l'utérus [Discussion]. — *Congrès. franc. de Chir.*, Proc.-verb. [etc.], Paris, 1896, p. 884.

L'auteur croit aussi que le procédé de l'avenir est une opération, tenant à la fois du procédé de Doyen et de celui de H. Delagénière. En effet, il se sépare complètement de M. Doyen au point de vue de l'hémostase, car il ne s'agit pas, lorsqu'on fait une hystérectomie, de jeter rapidement l'utérus dans une cuvette, et de faire ensuite une hémostase laborieuse.

94. Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus. — *XIe Congrès de Chirurgie*, Paris, 1897, Proc.-verb., 882-887. — *Anjou méd.*, Angers, 1897, janv., n° 27, 473-475.

L'hystérectomie abdominale est devenue le traitement de choix pour les tumeurs fibreuses volumineuses ; les résultats de l'auteur sont devenus si satisfaisants que la gravité d'une hystérectomie abdominale est presque la même que celle d'une simple ablation d'annexes. Il l'emploie, en outre, pour les tumeurs fibreuses de moyen et de petit volume, qu'il aurait autrefois traitées par l'hystérectomie vaginale. L'opération lui paraît plus facile, en général, et plus sûre dans son hémostase immédiate et secondaire ; parfois il est possible de conserver la matrice et ses annexes, alors que l'intervention avait été commencée dans le but de pratiquer l'extirpation totale. Certains cas de myomes sous-péritonéaux ou pédiculés ne peuvent être sûrement reconnus que lorsque l'abdomen est ouvert ; l'hystérectomie vaginale ne permet pas aussi facilement de conserver la matrice et ses annexes, dans de pareils cas. Il emploie aussi l'opération par l'abdomen pour enlever les tumeurs malignes du corps et du col dans certaines conditions. Si l'épithélioma a complètement détruit le col de la matrice, l'intervention abdominale est infiniment plus facile, plus rapide et plus sûre que l'intervention vaginale ; il ajoute qu'il est plus facile aussi de faire une ablation complète par la voie abdominale. S'il s'agit d'une tumeur maligne du corps de la matrice avec augmentation notable du volume de l'organe, l'ablation par l'abdomen lui paraît infiniment préférable à tous égards. Pour ces tumeurs, il arrive, en effet, que l'ablation par le vagin ne peut se faire que par morcellement ; or, le morcellement d'une tumeur maligne par la voie vaginale, en dehors des risques d'inoculation qu'il comporte, donne parfois les plus grandes difficultés pour la prise et l'extraction des parties friables, qui cèdent cons-

tamment sous la pince, et aussi pour l'hémostase. Il utilise volontiers l'intervention mixte ou vagino-abdominale ; dans un premier temps, l'auteur sectionne les culs-de-sac vaginaux et la base des ligaments larges, après pincement des utérines. Dans un second temps, il ouvre la paroi abdominale, et, sectionnant la partie supérieure des ligaments larges et les culs-de-sac péritonéaux, il enlève avec la plus grande facilité une tumeur que des tractions intempestives par l'une ou l'autre voie auraient fatalement déchirée, vu sa grande friabilité. L'auteur se résume en disant: 1° l'hystérectomie abdominale totale employée dans le traitement des grosses tumeurs utérines n'est plus à discuter ; 2° dans le traitement des tumeurs moyennes ou petites, bénignes ou malignes, elle permet de faire, soit une ablation plus complète et plus radicale, soit une conservation de la matrice qui n'eût pas été possible par la voie vaginale ; 3° il la considère, en outre, comme plus facile et comme plus sûre. Pour ces diverses raisons, l'auteur croit que le champ de l'hystérectomie vaginale ira se rétrécissant, alors que celui de l'hystérectomie abdominale ira s'élargissant (*Presse méd.*, Paris, 1897, n° 96, nov. 18, p. 318).

95. Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus [Discussion]. — *XI° Congrès de Chir.*, Paris, 1897, Proc.-verb,, 889-890.

L'auteur, répondant aux arguments présentés par MM. Péan et Bouilly, dit qu'il est convaincu qu'entre les mains d'opérateurs d'une habileté aussi universellement reconnue, l'hystérectomie vaginale donne des résultats aussi bons que l'abdominale ; mais il envisage la question moins au point de vue de l'exérèse totale de l'organe qu'au point de vue de sa *conservation*. C'est désormais le point qui lui paraît avoir la plus grande, et presque la seule importance. *Par quelle voie l'auteur serait-il le plus sûr de pouvoir conserver la matrice et ses annexes, si cela lui paraît possible au cours de l'intervention* ? A cette question, il répond que, pour lui, il croit pouvoir mieux conserver la matrice et ses annexes *en état de pouvoir fonctionner*, par l'intervention abdominale que par la vaginale. En résumé, la laparotomie paraît à l'auteur pouvoir se prêter mieux que la colpotomie à la conservation ; et c'est pour cela qu'il y a plus volontiers recours, sans vouloir aucunement prétendre que d'autres ne font pas aussi bien par la voie vaginale que lui par la voie abdominale. Il prend pour règle de conduite la formule suivante : *faire par la voie abdominale tout ce qu'il est possible de faire par cette voie ; ne faire par le vagin que ce qu'on ne peut pas faire par l'autre voie.*

96. A propos de l'hystérectomie par section médiane [Discussion]. — *XIIe Cong. de Chir.*, Paris, 1898, Proc.-verb., 673.

L'auteur croit que, pour le cancer de l'utérus, le procédé de M. Faure ne doit pas être employé, car, lorsqu'on enlève un utérus cancéreux par la voie abdominale, il faut avoir soin de ne pas le morceler.

97. Hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliqués de grossesse avant terme. — *Rev. de Gynéc. et de Chir. abd.*, Paris, 1899, n° 3, p. 393. — *Anjou méd.*, 1899, VI, 129-137.

Dans les cas de troubles graves amenés par la tumeur, il faut, en sacrifiant l'enfant, sauver la mère. Trois moyens s'offrent au chirurgien. On peut interrompre la grossesse par l'avortement ou l'accouchement prématuré, moyen qui demande une précision de diagnostic assez difficile à obtenir; 2° extirper la tumeur par myomectomie, en laissant la grossesse continuer son évolution, solution qu'il faudra préférer toutes les fois qu'il sera possible ; 3° dans la majorité des cas, la conduite la meilleure, la plus prudente, sera de faire l'hystérectomie abdominale totale. C'est l'opération la plus simple en pareil cas ; elle est facilitée par la présence de la grossesse, et son pronostic est rendu plus favorable (*Arch. de Thérap.*, Paris, 1899, II, n° 9, 240).

98. Hystérectomie abdominale totale [Discussion]. — *XIIIe Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1899, Proc.-verb., 208-210.

L'auteur a pratiqué 90 hystérectomies abdominales totales pour fibromes, avec 84 guérisons et 6 décès. L'hystérectomie abdominale sus-cervicale, sur 12 cas, a donné à l'auteur 11 guérisons et 1 mort. Il fait plus souvent l'opération totale que l'opération sus-vaginale ; mais il a volontiers recours à cette dernière, si le col est long, profond, difficile à atteindre, et s'il n'y a pas de doute qu'il soit sain. L'auteur a pratiqué 15 hystérectomies abdominales pour cancer avec un seul décès opératoire. Il a peu confiance dans les évidements du bassin, dans les dissections de l'uretère, etc.; les cas où ces manœuvres sont nécessaires sont de ceux auxquels il faut toucher le moins possible (*Semaine méd.*, Paris, 1899, oct. 18, n° 44, 349).

99. Myomectomie abdominale. — *XIIIe Cong. int. de Méd., Sect. de Gynéc.*, 1900, Paris, 1901, C. R., 134-137. — *Gaz. méd. de Paris*, 1901, LXXII, 12 s., 348. — *Anjou méd.*, 1902, IX, 25-28. — *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, Paris, 1900, LIV, 317-321.

Depuis plusieurs années, l'auteur cherche, dans tous les cas de fibromes nécessitant une intervention abdominale, à enlever les tumeurs, en conservant la matrice. Les indications de la myomectomie abdominale avec conservation de l'utérus vont s'étendant de plus en plus ; à la période d'hystérectomie à outrance succède au contraire maintenant une période de tendances résolument conservatrices dans le cas de fibromes utérins. On peut dire que le résultat est dû pour la plus grande part aux interventions abdominales, pratiquées en si grand nombre pendant ces dernières

années, car c'est par la voie abdominale que la myomectomie, avec conservation de l'utérus et des annexes dans leur intégrité anatomique et fonctionnelle, est surtout facile à exécuter ; la myomectomie vient donc comme un complément naturel des hystérectomies abdominales. Car ce sont ces opérations qui nous ont surtout permis de voir combien elle est souvent facile à exécuter. Malgré cela les indications de la myomectomie conservatrice sont assez limitées ; l'auteur n'a trouvé, depuis environ trois ans, que 17 cas dans lesquels elle lui a paru pouvoir être sans danger substituée à l'ablation totale. Dans tous ces cas, l'auteur a obtenu et la guérison opératoire, et la disparition des accidents douloureux ou hémorragiques. La grossesse ne s'est, à sa connaissance, produite que dans un seul cas, et a été interrompue au 5ᵉ mois par une fausse couche ; mais il sait que d'autres observateurs ont pu relater des grossesses menées à bonne fin par la myomectomie. Il est donc d'avis de substituer la myomectomie dans tous les cas où elle sera possible, chez les femmes n'ayant pas encore atteint l'âge de la ménopause, et lorsque le nombre des fibromes ne sera pas considérable.

100. A propos de l'hystérectomie pour fibrome [Discussion]. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1903, XXIX, 1100-1101.

L'auteur est resté, d'une façon générale, fidèle à l'hystérectomie totale. S'il est incontestable que la sub-totale est plus facile, plus rapide et d'une hémostase plus simple, il ne faut pas exagérer ses avantages ; avec un peu d'habitude, on arrive, avec l'hystérectomie totale, à une technique à peu près aussi aisée et rapide. Il est cependant des cas dans lesquels l'ablation du col présente quelques difficultés ; alors la subtotale devient préférable. Aussi, bien qu'il attribue une grande valeur à l'argument invoqué par M. Richelot, l'auteur est-il éclectique et pratique-t-il tantôt l'une, tantôt l'autre de ces opérations, voire même la myomectomie, quand elle lui paraît indiquée. (*Rev. de Chir.*, Paris, 1904, XXIV, 117-118).

Obstétrique.

101. Symphyséotomie. Deux observations. — *Congrès scientifique d'Angers*, 13 juin 1895. — *Anjou méd.*, 1895, juin, nº 8, 141, 142.

L'auteur s'élève tout d'abord contre la pratique de la craniotomie sur l'enfant vivant. Il publie deux observations de symphyséotomie sur cinq qu'il a pratiquées depuis deux ans. — Dans la première, il s'agit d'une femme de 22 ans, dont le bassin était vicié par une coxalgie, datant de l'âge de 4 ans (saillie très prononcée du promontoire sacré, diamètre utéro-postérieur : 8 cent. ; bouche ischio-pubienne gauche plus rappro-

chée de la ligne médiane que celle du côté opposé). Malade dans un état très grave. Après des tractions inutiles faites avec le forceps, M. Monprofit pratiqua la symphyséotomie, et retira un enfant mort. Ecartement total du pubis au moment du passage de la tête : 6 cent. 1/2. La malade se lève le quinzième jour, et peut rentrer chez elle au bout de trois semaines. — La seconde malade est une femme de 28 ans, bien portante, qui a déjà accouché deux fois ; dans les deux cas, application de forceps, et enfant mort ; suites de couches pénibles. Le Dr Monprofit la voit pour la première fois le 16 octobre 1896. Fœtus volumineux, dont la tête a sa place dans la fosse iliaque gauche. Les tractions avec le forceps n'aboutissent pas; on laisse cet instrument en place ; et une symphyséotomie est pratiquée. L'enfant, pesant 4 kil. 200 grammes, est retiré vivant. Suites opératoires simples et satisfaisantes. — Dans les deux cas, l'indication formelle d'intervenir a été fournie par le fait que les fœtus étaient vivants, et qu'il paraissait impossible de faire franchir la filière pelvienne par la tête sans la réduire. Chez la première malade, le travail durait depuis deux jours et demi ; les eaux s'étaient écoulées depuis 48 heures ; le fœtus se trouvait, par suite, très affaibli, pour pouvoir supporter l'application du forceps. Peut-être serait-il préférable, ainsi que l'a dit Varnier, de ne pas faire d'application de forceps avant d'ouvrir la symphyse, afin de réduire au minimum les violences faites sur la tête. La façon dont s'est comportée la plaie de symphyséotomie, au milieu des troubles généraux déterminés par l'infection utérine, est assez remarquable, et doit rassurer pour l'avenir de l'intervention, même chez les malades affaiblies et infectées par des manœuvres antérieures, faites sans précautions antiseptiques. — Il faut avoir soin de séparer bien nettement la symphyse de la vulve. L'auteur croit superflu de passer le doigt entre la symphise et la vessie pour ouvrir sans danger l'articulation. Pour éviter des échappades dangereuses, il lui a suffi de faire légèrement écarter les cuisses par les deux aides qui les maintenaient. — Il est aussi important d'apprendre à sectionner le pubis que d'apprendre à faire la version; la craniotomie sur l'enfant vivant est une opération qui n'a plus sa place entre le forceps simple ou la version d'une part, et l'opération césarienne de l'autre ; cette place est prise par la symphyséotomie.

102. Opération césarienne et myomectomie. — *Congrès scientifique d'Angers*, 13 juin 1895. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1895, IV, 637-640. — *Anjou méd.*, 1895, n° 11, 192-196.

Femme de 28 ans, arrivée au cinquième mois de la grossesse. Trois fausses couches antérieures, arrivées au troisième mois, sans cause appréciable. Le ventre est douloureux en un seul point, à gauche dans la fosse iliaque. L'examen fait diagnostiquer une tumeur fibreuse de la matrice enclavée dans le petit bassin; elle était dure, immobile, irréductible ; le canal pelvien était oblitéré presque complètement par elle. Après avoir hésité sur le parti à prendre, l'auteur décida de laisser la grossesse suivre son cours, et de pratiquer l'opération césarienne au moment de son terme, ou au début du travail s'il survenait prématurément. Rupture de la poche des eaux un peu après le huitième mois. Une

semaine après, la tumeur étant encore plus engagée dans l'excavation, et sa consistance ne s'étant nullement modifiée, M. Monprofit a recours à l'opération césarienne. Un fœtus vivant fut extrait, et la tumeur enlevée. Suites opératoires très simples. L'opérée se lève trois semaines après l'intervention; son état de santé est demeuré excellent. — Avec la symphyséotomie et la césarienne, pratiquées selon les règles modernes, la nécessité d'interrompre la grossesse ou de pratiquer l'accouchement provoqué ne s'impose plus comme autrefois dans une foule de cas. Les obstacles mécaniques peuvent être presque tous tournés par ces deux moyens.

VIII. — HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET BIOGRAPHIE.

103. Mort de Pasteur. — *Anjou méd.*, 1895, sept., nº 11, 189-191.

104. Discours aux obsèques du Dr Boiffin (de Nantes). — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1896, V, 313-314.

105. Dezanneau (Alfred) [1832-1898] (Nécrologie). — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1898, VII, 443-446.

106. M. le Professeur Terrier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris. — *Anjou méd.*, Angers, 1899, VI, 249-250, 2 *fig.*

107. M. le Professeur Guignard (Nécrologie). — *Anjou méd.*, Angers, 1901, VIII, 165-167, 1 portr.

108. M. le Professeur Douet. — *Anjou méd.*, Angers, 1901, VIII, 121-124, 1 portr.

THÈSE EXÉCUTÉES

A LA

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

SOUS L'INSPIRATION

De M. le Professeur MONPROFIT

Professeur à l'Ecole de Médecine.

---

1. ROYER (G.). — *Etudes sur le chloroforme par les petites doses.* — Paris, Thèse, 1891, in-8°, n° 334.

L'auteur a appris, à Angers, de M. Monprofit, à employer le chloroforme par la méthode des petites doses, aujourd'hui bien connue. Grâce à ce procédé, alors nouveau, et vulgarisé à Paris par Marcel Baudouin et Péraire, le chirurgien, qui n'est plus distrait, n'a à se préoccuper que de son opération ; il en est de même des aides. « Le silence le plus profond doit être la règle », affirmait alors Monprofit, avec son maître, le Pr Terrier. Les alcooliques s'endorment, avec les petites doses, d'une façon bien moins dramatique que jadis. A l'appui de cette opinion, M. Royer rapporte *deux observations*, prises dans le service de M. Monprofit. La statistique de ce dernier s'élevait alors à plus de 300 cas ; et il n'y a pas eu d'accidents. M. Monprofit, dans un travail présenté à la *Société de Médecine d'Angers* et analysé plus haut, avait conclu ainsi : I. On doit administrer le chloroforme par doses faibles et continues. II. La compresse de toile est le meilleur instrument pour administrer le chloroforme. III. On peut endormir un adulte pendant une opération de la durée d'une heure environ, avec une dose moyenne de 20 grammes de chloroforme ; et, pour un temps moins long, avec des doses beaucoup plus faibles. IV. Il est très important de ne jamais laisser respirer d'air pur, sauf pendant les premières inspirations. V. On évite presque sûrement la période d'excitation, sauf chez les alcooliques ; il en est de même des vomissements. VI. Les accidents graves

sont infiniment moins à redouter avec cette méthode qu'avec les méthodes anciennes. VII. Le réveil est plus facile, plus rapide et moins pénible. Les vomissements consécutifs sont beaucoup plus rares. VIII. Il n'existe pas de contre-indications à la chloroformisation suivant cette méthode.

2. Fruchaud (Henri). — *Des luxations métacarpo-phalangiennes irréductibles des quatre derniers doigts en arrière. Pathogénie et traitement par l'arthrotomie à ciel ouvert.* — Thèse, Paris, 1891.

L'auteur, au sujet du manuel opératoire, dit que M. Monprofit, d'accord avec plusieurs chirurgiens, préfère pratiquer l'*incision latérale*, pour l'index et l'auriculaire. Il rapporte une observation de luxation complète, en arrière, de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt, avec irréductibilité, prise dans le service de M. Monprofit. Ce dernier pratiqua l'arthrotomie. On obtint la réduction et la guérison complète. [Cette observation a été analysée précédemment, d'ailleurs] (1).

3. Hardouin (Maurice). — *Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide. Etiologie, diagnostic et traitement.* — Th., Paris, 1896, in-8°, n° 333.

L'auteur rapporte trois observations, prises dans le service de M. Monprofit. Dans deux d'entre elles, on constate que la guérison de la rétroversion a eu lieu par suite de *cathétérismes répétés.* La malade qui fait le sujet de la troisième observation a eu une rétroversion de l'utérus gravide, sans rétention d'urine ni constipation.

4. Cocard (Maurice). — *Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches. Leur valeur relative.* — Th., Paris, 1896, in-8°, n° 210.

L'auteur cite une observation concernant une femme de 26 ans, opérée par M. Monprofit. A la fin du troisième mois d'une grossesse, pendant la *nuit*, *brusquement*, il se produit de *vives douleurs* abdominales et des vomissements. M. Monprofit examine la malade huit jours après, et diagnostique une tumeur juxta-utérine pouvant gêner la marche de la grossesse et entraînant une intervention aussi prompte que possible. On fait la laparotomie, et on reconnaît un *kyste ovarique gauche, dont le pédicule assez mince était tordu cinq fois sur lui-même*. Le pédicule fut lié avec un fil de soie et sectionné. La grossesse suivit son cours normal.

(1) Voir n° 71, p. 64.

Dans les réflexions qui suivent, l'auteur rapporte que « M. Monprofit dit que c'est un devoir absolu, dans les grossesses compliquées de tumeurs analogues, d'agir comme il a agi, afin d'arriver à un diagnostic précis, à un traitement rationnel et vraiment curatif ».

5. MAUGOURD (A.). — *Obstruction du pylore par calculs biliaires.* — Th., Paris, 1897, in-8°, n° 445.

L'auteur a trouvé le point de départ de sa thèse dans la nécropsie d'une malade, décédée à l'hôpital d'Angers, et dont le pylore était obstrué par un calcul biliaire retenu dans l'anneau pylorique. Cette femme qui avait beaucoup souffert, qui rejetait la plus grande partie de ses aliments, entra dans le service de M. Monprofit. M. Maugourd décrit les symptômes observés, ainsi que l'opération (laparotomie). Après le décès, survenu au bout de 48 heures (le sujet était absolument cachectisé), on fit l'examen *postmortem*, qui permit de constater l'existence d'un calcul dans la vésicule biliaire, d'où partait un trajet fistuleux allant aboutir à la cavité du pylore, qu'obstruait un calcul biliaire.

6. ROGUET (Gustave). — *Etude sur les sarcomes de la paroi abdominale.* — Th., Paris, 1898, in-8°, n° 303.

L'auteur cite quatre observations, recueillies dans le service de M. Monprofit : 1° Dans la première, il s'agit d'une femme de 21 ans portant entre la crête iliaque et les fausses côtes du côté droit un sarcome qui fut enlevé par M. Monprofit ; guérison ; 2° la seconde est celle d'un homme de 62 ans, ayant un myxo-sarcome dans le flanc gauche. Après une première intervention, il y eut une récidive six mois après ; on eut recours à une seconde opération ; guérison au bout de douze jours. 3° dans la 3° observation, il s'agit d'une femme de 26 ans, qui avait un fibro-sarcome s'étendant de l'ombilic à l'arcade crurale du côté droit; la tumeur fut enlevée ; et la malade quitta l'hôpital guérie. Même diagnostic, intervention et résultat pour l'observation V (fibro-sarcome chez une femme de 38 ans).

7. BÉZIER (Gabriel). — *Fractures à consolidation tardive et pseudarthroses. Traitements employés.* — Th., Paris, 1899, in-8°, n° 363.

L'auteur rapporte une observation prise sous la direction de M. Monprofit, prouvant que l'avivement et la résection des fragments, sans aucune fixation directe, ont suffi pour donner des guérisons. Il s'agit d'un homme qui, tombant d'un châtaignier, se fit une fracture de cuisse, à gauche. Malgré tous les soins, on n'obtint pas la consolidation ; et il se forma une pseudarthrose flottante. On se décida alors à intervenir ; on brisa le cal à l'aide de la gouge et du marteau ; sur chaque fragment, l'ablation des éléments fibro-cartilagineux du cal fut faite presque en totalité avec la gouge et le maillet, et ce qui en restait enlevé avec la

curette tranchante, qui servit à aviver les deux extrémités osseuses. Enfin, en mettant le membre dans la rectitude, en faisant de l'extension et de la contre-extension, on parvint à introduire le bout inférieur dans le bout supérieur. Ce procédé suffit pour obtenir la coaptation. Le malade guérit.

8. Malécot (Henri). — *Sur le traitement de la hernie gangrenée.* — Th., Paris, 1899, in-8°, n° 82.

Dans le chapitre qu'il consacre à *l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité du tube digestif*, l'auteur rapporte la pratique de M. Monprofit, qui consiste à vider en partie le bout supérieur de l'intestin, à faire refluer les matières dans le bout stomacal, de façon à éviter une forte distension au niveau des sutures, dès que la coprostase cessera. Décrivant les différentes méthodes, M. Malécot conseille de réséquer largement l'intestin, ainsi que le fait M. Monprofit, qui a, chez un malade, réséqué 10 centimètres d'intestin grêle, et 80 centimètres de gros intestin ; le malade a survécu et vit encore. Parmi les observations qu'il rapporte, l'auteur en cite *six*, prises dans le service de M. Monprofit.

9. Pellier (Léon). — *Sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin, cæcum et rectum exceptés.* — Th., Paris, 1899, 8°, n° 264.

L'indication de la colectomie est tirée du diagnostic. Mais ce diagnostic est très difficile et ne peut être fait parfois qu'au moment même de l'opération, ainsi que cela eut lieu chez une malade de M. Monprofit. Au sujet de l'anastomose, M. Monprofit est partisan de la méthode des *sutures*. L'auteur cite une observation prise dans le service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Angers. Il s'agit d'un *cancer de l'angle du côlon* ascendant et du côlon transverse ; la tumeur fut enlevée ; et on fit l'anastomose latérale. Guérison.

10. Canonne (Albert). — *Etude des procédés opératoires pour rétablir la continuité du tube digestif après la gastrectomie particlle.* — Th., Paris, 1899, 8°, n° 560, 64 p.

L'auteur signale la modification que M. Monprofit a apportée, une fois, au procédé d'anastomose termino-latérale de von Hacher, en combinant ce procédé avec celui de Roux (de Lausanne). Dans ce cas, on éprouva quelques difficultés, après avoir pratiqué la pylorectomie, à rapprocher le duodénum de la section stomacale : ce qui fit craindre au chirurgien d'exercer des tractions pouvant être nuisibles à la bonne réunion des sutures. L'estomac et le duodénum furent fermés avec beaucoup de soin, l'anse jéjunale recherchée, sectionnée entre deux pinces coprostatiques, placées à six centimètres de distance. Le bout inférieur fut

rapproché de la face postérieure de l'estomac à travers une large brèche faite au méso-côlon; et les deux organes furent suturés au moyen de surjets de soie fine. La bouche gastro-jéjunale étant bien établie, on pratiqua la communication gastro-jéjunale par les mêmes moyens. Les suites de l'intervention furent particulièrement favorables. Dans le chapitre consacré à la « Discussion des procédés d'anastomose », l'auteur fait remarquer qu'il y a des inconvénients à exclure du tube digestif une portion du duodénum et à modifier ainsi le cours normal de la bile, et signale la manière d'agir de M. Monprofit, qui a tenté une anastomose en Y par le procédé qui donne plus de garanties qu'aucune autre méthode. Sur 9 pylorectomies faites à l'Hôtel-Dieu d'Angers, une fois la continuité du tube digestif a été rétablie par l'anastomose termino-terminale, 3 fois par l'anastomose termino-latérale, 5 fois par le procédé de l'anastomose latérale. Les résultats immédiats ont toujours été parfaits, sauf dans 2 cas où le procédé de Kocher fut utilisé.

L'union entre l'intestin et l'estomac a toujours été faite à l'aide de sutures, à l'exclusion de bouton. Quatre surjets à points continus ont suffi pour l'anastomose : 1° Surjet séro-séreux postérieur; 2° Surjet muco-muqueux postérieur; 3° Surjet muco-muqueux antérieur; 4° Surjet séro-séreux antérieur.

L'auteur termine sa thèse en rapportant *neuf* observations prises dans le service de M. Monprofit.

11. Pasquier (Emile). — *De l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus.* — Th., Paris, 1899, in-8°, n° 395.

Ce fut M. Monprofit qui, en 1895, employa, pour la première fois, en France, la *méthode de Freund*. En étudiant le procédé opératoire, l'auteur signale l'usage de la *valve abdomino-vaginale* de M. Monprofit. Ce dernier préfère, dans le cas de cancer de l'utérus, l'hystérectomie abdominale totale à toute autre opération, car, « si on aborde de semblables tumeurs par la voie vaginale, le col peut avoir conservé sa fermeté et sa résistance, les tractions sur lui conservent leur efficacité ; mais, lorsqu'on arrive sur le corps utérin, les tissus se déchirent, les pinces n'ont plus de prise, et on se trouve en présence d'une tumeur maligne déchirée et saignante : on a donc à la fois et les risques d'une hémostase très difficile à bien faire, sinon impossible, et les dangers d'infection immédiate et secondaire par le coutenu septique de la matrice ; d'où dangers immédiats de septicémie, et éloignés de récidive assurée et parfois rapide d'un néoplasme malin. Le seul moyen d'obtenir un bon résultat dans l'ablation de telles tumeurs est de les enlever *fermées comme un sac, contenant un liquide excessivement septique, pouvant inoculer immédiatement une septicémie, et pour l'avenir des greffes cancéreuses.* » Les douze cas de M. Monprofit se répartissent ainsi : 1895, 1 cas, 1 succès ; 1897, 3 cas, 1 mort ; 1898, 5 cas, 5 succès ; 1899, 3 cas, 3 succès. Un an et plus après l'opération, plusieurs malades sont bien portantes. — M. Emile Pasquier termine sa thèse en rapportant les observations des 12 interventions de M. Monprofit.

12. Jeanty (Maurice). — *Quelques considérations sur le manuel opératoire de la cholédochotomie.* — Th., Paris, 1900, in-8°, n° 522.

M. Jeanty, au sujet de la suture du cholédoque, insiste sur le procédé qu'a employé, dans un cas, M. Monprofit : le procédé de la *ligature latérale*. Quant à l'incision du canal cholédoque, M. Monprofit la pratique mi-partie sur le calcul et mi-partie sur le canal. Revenant, dans le chapitre qu'il consacre au *traitement du canal cholédoque incisé* sur la ligature (elle est facile à appliquer et est rapide), M. Maurice Jeanty indique, comme technique, celle de M. Monprofit, qui a été analysée plus haut (1). On pourrait remplacer la pince digitale utilisée pour faire saillir le calcul par une pince métallique, telle que le comprend M. Monprofit. — La thèse de M. Jeanty se termine par les trois observations prises à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

13. Landron (A.). — *Sur le traitement des rétro-déviations utérines par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Procédé de Wylie).* — Th., Paris, 1900, in-8°, n° 360.

Contre les déviations utérines, on emploie parfois l'hystéropexie ; non seulement il y a à lui reprocher l'extrême douleur qui suit très souvent l'opération, mais encore on peut se trouver obligé de détruire les adhérences et de pratiquer l'hystérectomie totale chez une femme hystéropexiée quelques années auparavant, ainsi que M. Monprofit s'est vu obligé de le faire dans un cas. Examinant le manuel opératoire, l'auteur décrit celui qu'a adopté M. Monprofit ; il indique les instruments à employer, les préparatifs qui précèdent l'opération, l'incision, la technique du raccourcissement, le procédé de suture (trois rangs). M. Landron rapporte dix observations, prises dans le service de M. Monprofit ; une des opérées, devenue *enceinte*, eut une grossesse et un accouchement normaux.

14. **Morinière (Victor).** — ***Sur la myomectomie abdominale.*** — **Th., Paris, 1900.**

L'auteur, étudiant le manuel opératoire, raconte surtout ce qu'il a vu faire par M. Monprofit ; et il signale particulièrement le procédé employé par ce dernier, qui, une fois la tumeur enlevée, résèque une certaine couche des fibres musculaires qui entouraient le myome, autrement dit la capsule. Ceci se fait à l'aide de ciseaux courbes avec la plus grande facilité. La statistique de M. Monprofit, relative à la myomectomie et qui roule sur 8 interventions, ne donne aucun cas de récidive ni de mort. M. Morinière rapporte 8 observations, prises dans le service de M. Monprofit ; il est à remarquer que, sur ces huit opérées, une devint *enceinte*.

(1) Voir n° 62, p. 53.

15. Turlais (Constant). — *Sur le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.* — Th., Paris, 1900.

L'auteur, se basant sur la statistique faite dans le service de M. Monprofit, dit que l'ulcère de l'estomac, traité chirurgicalement, donne 14 0/0 de mortalité, alors que le traitement médical donne 23 0/0. Il donne trois observations de malades opérés par M. Monprofit (gastro-entérostomie), avec le succès le plus complet, tant pour les résultats immédiats que pour les résultats ultérieurs. Puis il décrit la technique suivie dans ces cas, technique exposée déjà. Il termine sa thèse en rapportant sept autres observations prises dans le service de son maître, observations relatives à des malades chez lesquels la guérison fut obtenue.

16. Perros (Fr.). — *De la suture de la vessie et du traitement de la plaie abdominale après la taille hypogastrique.* — Th., Paris, 1901, in-8°, n° 243.

M. Monprofit a adopté, pour la fermeture de la vessie, le procédé de suture utilisé dans les gastro-entérostomies : 2 plans de suture (plan profond muco-muqueux au catgut fin ; plan superficiel musculo-musculeux à la soie ou au fil de lin). Si la vessie est profondément située, si la paroi abdominale est chargée de graisse, il réunit muqueuse à muqueuse par des points séparés. Dans le cas contraire, suture en surjet. Quant à la suture superficielle, il la fait toujours à l'aide de points séparés, distants les uns des autres de 5 millimètres. Dans certains cas, pour renforcer ces deux plans de suture, il en applique un troisième à la Lembert au fil de lin ou de soie. Ce mode de suture permet l'affrontement plus exact des lèvres de la muqueuse et les deux plans de suture superposés obstruent plus complètement la vessie que la suture en bloc. Quant à la sonde à demeure placée après l'opération, M. Monprofit la retire au bout de 24 à 48 heures. Jamais il n'en est résulté de fistules. La thèse de M. Perros se termine par *cinq* observations prises dans le service de M. Monprofit.

Dans ses conclusions, l'auteur dit : « Le meilleur procédé de suture de la vessie est, à notre avis, celui que nous avons vu employer souvent par M. Monprofit, à savoir, le procédé de *suture à double étage* : 1° plan muco-muqueux ; 2° plan musculo-musculeux.

17. Jardin (Henri). — *Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin total.* — Th., Paris, 1901, in-8°, n° 430.

Dans tous les cas d'hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin total, observés par l'auteur dans le service de M. Monprofit, les *suites*, grâce à une asepsie absolue, ont été des plus simples. L'auteur rapporte *huit* observations d'hystérectomies vaginales faites avec succès par M. Monprofit pour prolapsus utérin.

18. Breton (M.). — *Sur les indications et le manuel opératoire de l'hystérectomie supra-vaginale.* — Th., Paris, 1901, in-8°, n° 554.

Au premier temps de l'opération (section de l'étage supérieur des ligaments larges et formation des pédicules supérieurs par hémostase des utéro-ovariennes), M. Monprofit passe à travers le ligament large une ligature avec un simple fil d'Alsace ou fil à coudre. De même pour la suture du col et le surjet péritonéal. Le *fil d'Alsace* a, en effet, sur le catgut, l'avantage d'être plus mince à résistance égale et de mieux tenir sur les tissus ; sa résorption est un peu moins rapide que celle du catgut qui rapidement est ramolli par le contact des tissus et ne serre plus.

M. Breton, publie, à la fin de sa thèse, *cinq* observations d'hystérectomie supra-vaginale faites par M. Monprofit pour fibromes utérins, et dont les suites ont été très satisfaisantes.

19. Meslier (Emile). — *Considérations sur l'anesthésie chirurgicale.* Th., Paris, 1902.

Quand, en 1900, l'anesthésie par l'éther fut tentée dans le service de M. Monprofit, on fut frappé par le nombre relativement considérable *d'affections broncho-pulmonaires* qui sévirent sur les opérés. Presque seuls, les gens dont l'appareil broncho-pulmonaire était vierge de tout antécédent morbide échappaient aux dangers de l'éthérisation. Tel un malade qui, endormi deux fois à l'éther, fut frappé la première fois de *pneumonie*, puis ensuite de *congestion pulmonaire*. Dans la suite, il fut endormi plusieurs fois au chloroforme, sans aucun accident. Sur 300 personnes anesthésiées par M. Monprofit à l'aide de l'éther, un quart d'entre elles furent atteintes d'accidents thoraciques. M. Meslier rappelle comment l'anesthésie chloroformique se pratique dans le service de M. Monprofit : un anesthésiste est attaché à son service de l'Hôtel-Dieu d'Angers et à sa maison de santé particulière. Sur plus de 4.000 anesthésies, pas un accident n'est survenu, si ce n'est une *syncope cardiaque primitive* que personne n'eût pu empêcher. M. Monprofit confie le pouls à un aide spécial (médecin particulier de l'opéré, ou un des praticiens fréquentant habituellement ses salles). Une quinzaine de fois environ, il a usé préventivement de la morphine (piqûre de 1 centigr. 20 minutes avant la chloroformisation) chez des gens nerveux très surexcités, des hystériques, des morphiuomanes. Quant à l'âge, M. Monprofit a donné du chloroforme à des enfants de 6 mois pour une cure radicale de hernie.

20. Kieffer (A.). — *Contribution à l'étude des complications de la gastro-entérostomie et des moyens de les éviter.* — Th., Paris, 1903, in-8°, n° 325, 99 p.

Ce travail a été inspiré à l'auteur par M. Monprofit, qui, depuis les cinq dernières années, avait fait 115 gastro-entérostomies. D'après ce chi-

rurgien, il est bon de ne pas trop temporiser pour intervenir, chez beaucoup de malades, qui se cachectisent et meurent des suites de l'intervention. Quant à l'influence de l'âge, les chiffres de mortalité de M. Monprofit donnent les résultats suivants : sur 7 opérés de 30 à 40 ans, 3 sont morts ; sur 17 opérés de 40 à 50 ans, 3 sont morts ; sur 35 opérés au-dessus de 50 ans, 9 décès. Il semblerait donc que la mortalité est maximum au-dessous de 40 ans et au-dessus de 60. Étudiant l'influence de l'état général, M. Kieffer donne 6 observations de malades de M. Monprofit, décédés à cause de l'état cachectique dans lequel ils étaient tombés ; et il insiste sur l'opinion de ce dernier, que l'*ascite* est une contre-indication importante de la gastro-entérostomie. De même, la *diarrhée* survenant après l'intervention, ou l'usage d'un purgatif, sont des plus dangereux, ainsi que l'a fait remarquer M. Monprofit, qui proscrit aussi les lavages de l'estomac. Dès le jour de l'opération, M. Monprofit laisse boire ses malades à volonté. Certains opérés présentent des accidents pulmonaires après l'opération, parce qu'ils y sont prédisposés ; l'anesthésie par l'éther irrite les organes respiratoires : il faut donc avoir recours au chloroforme. M. Monprofit, pratiquant toujours deux plans de sutures gastro-intestinales, n'a jamais eu d'accidents péritonéaux à combattre. Pour éviter l'éventration, il a abandonné la laparotomie sus-ombilicale ; et il pratique une *incision partant à 2 centim. au-dessus de l'ombilic pour la prolonger au-dessous*.

L'auteur insiste sur le *circulus vitiosus*, comme un des sérieux inconvénients que peuvent présenter les anastomoses latérales antérieures ou postérieures. Il peut arriver que le mauvais fonctionnement de l'anastomose soit amélioré par une entéro-anastomose complémentaire, ainsi que le prouve une observation prise dans le service de M. Monprofit. Dans un cas, ce dernier a pratiqué l'entéro-anastomose *préventive* (néoplasme volumineux avec gros ganglions siégeant à la partie moyenne de l'estomac et adhérant en arrière à la partie profonde du pancréas). Afin d'éviter le reflux des aliments dans le duodénum, causé parfois par l'implantation latérale du jéjunum, on a proposé de remplacer l'implantation latérale par l'implantation directe du jéjunum ; M. Monprofit préconise aussi cette méthode. Le procédé en Y est la méthode de choix, quand il s'agit d'une gastro-entérostomie pratiquée pour des maladies moins malignes que le cancer. — Il peut se faire que le déversement rétrograde des aliments après l'opération soit dû à une occlusion intestinale siégeant sur l'intestin grêle à quelque distance de l'anastomose ; chez une malade de M. Monprofit, les accidents étaient dus à des adhérences de plusieurs anses entre elles et à la paroi abdominale, au niveau des sutures.

21. Poussin (Octave). — *De la gastro-entérostomie en Y.* — Th, Paris, 1903.

Dans l'historique de la question, l'auteur rappelle que c'est M. Monprofit qui, au Congrès français de Chirurgie de 1898, a remis à l'ordre du jour cette méthode, qu'il se déclare disposé à employer de nouveau. Puis il donne la technique suivie par M. Monprofit, dont il divise ainsi

les différents temps : 1° *incision de la paroi*; 2° *exploration de l'estomac ;* 3° *découverte de la face postérieure de l'estomac ;* 4° *recherche de l'anse jéjunale* ; 5° *anastomose-suture* : a) *1re suture*; b) *ouverture de l'estomac*; c) *suture muco-muqueuse postérieure*; d) *suture pénétrante totale antérieure*; e) *surjet séro-séreux antérieur*; 6° *duodéno-jéjunostomie ;* 7° *suture de la paroi abdominale*. Après avoir consacré un chapitre aux soins consécutifs, M. Poussin examine les résultats de cette intervention. Avec le procédé en Y, jamais la bile ne reflue dans l'estomac ; les souffrances sont notablement atténuées, ainsi que les vomissements. Quant au mode d'union de l'intestin et de l'estomac, M. Monprofit use toujours de sutures, à l'exclusion du bouton.

Suivent 22 *observations* prises dans le service de M. Monprofit ; ces gastro-entérostomies, sauf une (malade morte de shock), se sont terminées par la guérison.

22. Audouin (Maurice). — *Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle.* — Th., Paris, 1903, in-8°, n° 303, p. 48.

L'auteur a observé, à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Angers, deux cas de cette affection rare. Il les rapporte dans sa thèse. Dans la première, il s'agit d'un homme de 25 ans, qui, après des excès de boisson, est pris de vomissements, et ressent tout à coup une violente douleur au niveau du côté gauche du bas-ventre. Un médecin appelé diagnostiqua une hernie étranglée. Le taxis ne donne pas de résultats. On transporte le malade à l'Hôtel-Dieu. M. Audouin, après avoir indiqué les symptômes observés, symptômes qui conduisirent à porter le diagnostic de hernie inguino-interstitielle, décrit l'opération à laquelle on eut recours. Le contenu de la hernie est surtout formé par de l'épiploon ; en arrière, on trouve une anse intestinale; en bas et à gauche, le testicule. L'intestin est entièrement bridé et serré au niveau du collet du sac. Résection d'une partie de l'épiploon qui faisait hernie ; dilatation de l'orifice avec le doigt : ce qui permet à l'intestin de rentrer dans le ventre ; ablation du testicule gauche ectopié. Suites opératoires parfaites ; guérison complète.

Le malade de la seconde observation est un jeune homme de 17 ans, porteur, depuis l'âge de 3 ans, d'une « grosseur » du volume d'une noix, située au-dessous du pli de l'aine droit, sur le trajet du canal inguinal. La hernie s'étrangle tout à coup. Taxis inutile. Intervention, résection des anses intestinales herniées, présentant des points de gangrène, situés en quatre plans ; réduction de l'intestin. On enlève le testicule, et on résèque le sac. Cure radicale de la hernie par suture en masse des parois à l'aide d'un fil fort. Guérison.

23. Buineau (E.). — *Contribution à l'étude de l'exclusion de l'intestin.* Th., Paris, 1904.

M. Monprofit emploie de parti pris *l'exclusion de l'intestin sain*, après la résection d'un cancer intestinal, afin de mettre l'anastomose le plus

loin possible du siège primitif du cancer. L'auteur, examinant les *procédés d'inclusion*, étudie la méthode de M. Monprofit (*procédé du tout à l'intestin*), déjà analysée plus haut (1). Il signale particulièrement l'exclusion unilatérale, avec abouchement sigmoïdien, due à ce dernier. Dans *l'exclusion bilatérale*, afin d'éviter de laisser une fistule cutanée, M. Monprofit fait l'abouchement à l'S iliaque (*tout à l'intestin, exclusion drainée de l'intestin, tout à l'intestin*), par la double implantation. Quand il s'agit de lésions du cæcum et du côlon ascendant, M. Monprofit envisage, au point de vue de l'*incision de la paroi*, deux ordres de faits : 1° fistules intestinales, tuberculose, tumeurs innombrables (incision sur la ligne médiane ou du côté opposé); 2° néoplasmes dont l'ablation peut être douteuse (incision sur la tumeur). Quant à la suture de la paroi abdominale, M. Monprofit fait la suture en masse. — Il n'emploie pas le bouton de Murphy. M. Buineau termine sa thèse en rapportant *dix* observations prises dans le service de M. Monprofit.

24. Barbary (Joseph). — ***Essai sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin* (*Rectum excepté*).** — Th., Paris, 1904.

Etudiant le traitement, qui est ou *palliatif*, ou *curatif*, M. Barbary rappelle que le traitement *curatif* ou radical est la résection, suivie d'anastomose ou d'exclusion, comme le pratique et l'enseigne M. Monprofit. Au sujet des procédés opératoires, il étudie l'*entéro-anastomose* par *abouchement latéral*, par *implantation*, en s'appuyant sur les recherches de M. Monprofit [Voir *Chirurgie du gros intestin*], et signale les méthodes suivies par ce professeur. Il cite plusieurs observations prises à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Angers. Dans les conclusions, il dit que l'exclusion simple ou double, comme la pratique M. Monprofit dans les cancers inopérables, doit toujours être préférée à l'anus contre nature, et que l'entéro-anastomose par implantation à distance est, ainsi que l'a bien montré M. Monprofit, la méthode de choix à préconiser dans les cas de tumeurs malignes du gros intestin.

25 Renault (J.). — ***De la gastro-entérostomie dans l'ulcère du duodénum*.** — Th., Paris, 1904.

L'auteur rappelle les indications de cette opération, donnees par M. Monprofit, opération à laquelle on doit recourir toutes les fois que le duodénum est inabordable, caché derrière un rempart épais de tissu sclérosé, ou qu'il est fortement, adhérent aux organes voisins, ou enfin lorsque l'épaisseur de ses parois sclérosées, formant une véritable tumeur, ne permet pas une intervention directe. On peut étendre sans crainte ces indications à tous les cas d'ulcères invétérés. La gastro-entérostomie est le vrai traitement des affections ulcéreuses bénignes du duodénum et le vrai traitement des affections malignes du duodénum, tête du pancréas, etc.... Dans l'ulcère du duodénum, la gastro-entérostomie en Y est *la seule indiquée*.

(1) Voir n° 58, p. 47.

26 Sourice (Jules). — *Des indications de la gastro-entérostomie dans le cas de tumeur de l'estomac n'intéressant pas le pylore.* — Th., Paris, 1904.

L'auteur rappelle que M. Monprofit fut un des premiers, en France, à recommander la gastro-entérostomie pour le cas de tumeurs des *faces* ou *des courbures de l'estomac*. Sa première gastro-entérostomie remonte à 1898. M. Jules Sourice rappelle les observations rapportées dans le livre de M. Monprofit sur la *Gastro-entérostomie*. Il rapporte l'opinion de ce dernier, se prononçant pour la gastro-entérostomie, qui soulage un malade déjà condamné, et qui donne à d'autres une longue survie (sujet ne se plaignant pas de l'estomac après 4 et 5 ans). — Chez les malades atteints d'une tumeur inextirpable, ayant envahi l'estomac tout entier, s'il ne reste pas assez de partie saine pour pratiquer l'anastomose gastro-jéjunale, on fera la *jejunostomie en Y*, qui ne sera alors qu'un pis-aller.

27. Naveau (Henri). — *Des résultats fonctionnels défectueux de certaines gastro-entérostomies et des moyens d'y remédier.* — Th., Paris, 1904.

L'auteur signale, parmi les complications qui peuvent frapper un opéré de gastro-entérostomie, la *diarrhée*. Des diarrhées spontanées s'observent surtout chez les malades qui avaient la sténose la plus complète, et qui étaient arrivés au degré d'amaigrissement le plus marqué, ainsi que cela a eu lieu chez une malade de M. Monprofit. Une cause de complications est aussi le *circulus vitiosus*, qui consiste en ce que le contenu de l'estomac, ne pouvant s'engager dans la bouche efférente de l'anastomose, se déverse dans le bout duodénal. Cela arrive surtout dans les anastomoses *latérales* (antérieures ou postérieures), car, alors, ainsi que le fait remarquer M. Monprofit, le contenu gastrique a deux voies dans lequelles il peut s'engager : l'une en amont, l'autre en aval de l'abouchement. M. Monprofit a rapporté au Congrès de Chirurgie de 1901 un cas de *déversement rétrograde* dû à des adhérences de plusieurs anses entre elles et à la paroi abdominale au niveau des sutures; il s'était ainsi constitué un paquet intestinal aux dépens de la portion moyenne du jéjunum. Etudiant le traitement, M. Naveau, parlant des moyens chirurgicaux, donne l'observation d'une malade qui, ayant vu reparaître douleurs et vomissements après une gastro-entérostomie, fut guérie par une *entéro-anastomose complémentaire* que pratiqua M. Monprofit. M. Monprofit emploie deux procédés qui, on le sait, s'adressent aux malades auxquels on a fait une gastro-entérostomie latérale. L'un comme l'autre consiste à transformer une gastro-entérostomie par abouchement latéral en gastro-entérostomie en Y (1).

(1) Voir mon traité sur la *Gastro-entérostomie*.

Les différentes techniques opératoires, qui peuvent être utilisées dans les cas de ce genre, sont résumées ainsi : *I. 1re méthode : Section en amont de la néostomose : a) Transformation d'une gastro-entérostomie rétro-colique de Von Hacker en ypsiliforme. b) Transformation d'une gastro-entérostomie anté-colique de Woelfler en ypsiliforme. — II. 2me méthode : Section en aval de la néostomose* (2).

(2) Voir, plus haut, p. 36, n° 38.



TABLE DES MATIÈRES

Le Mans. — Imprimerie de l'Institut de Bibliographie de Paris. — 1-1905. — N° 1739.